Commission sur
l'avenir des soins de santé
au Canada

Commission on the
Future of Health Care
in Canada

ÉTUDE Nº 13

Consolider les fondements : La modernisation de la Loi canadienne sur la santé

par

Colleen M. Flood
Université de Toronto

Sujit Choudhry
Université de Toronto

août 2002

N° de catalogue CP32-79/13-2002F-IN

ISBN 0-662-87713-6

Bien que les opinions exprimées dans ces études n'engagent que celles du ou des auteurs, toutes ces études furent soumises à un processus indépendant d'examen par des pairs. La Commission tient à remercier l'Institut des services et de politiques de la santé (ISPS) des Instituts de recherche en santé du Canada pour avoir assuré la surveillance et la bonne marche de ce processus d'examen des études par des pairs. La participation des auteurs, des examinateurs et de l'ISPS à la réalisation de ces études constitue un apport important aux travaux de la Commission et contribuera à l'héritage qu'elle laissera.

Le générique masculin sera utilisé uniquement dans le but d'alléger le texte.

Table des matières

Points saillants v

Sommaire vii

Remerciements x

I. Introduction et aperçu 1

II. Évaluation de la LCS : la Loi répond-elle aux valeurs et aux besoins de la société contemporaine ? 3
1. Universalité 3
   Recommandations 4
2. Transférabilité 5
   Recommandation 5
3. Gestion publique 5
   Recommandations 8
4. Intégralité 8
   Recommandations 13
5. Accessibilité, surfacturation et frais aux usagers 14
   Recommandations 18

III. Application de la LCS 19
1. Introduction 19
2. Pourquoi la LCS n'est-elle pas appliquée de façon plus rigoureuse ? 20

IV Supervision institutionnelle 22
1. Introduction 22
2. Processus provinciaux visant à définir l'accessibilité, l'intégralité et la gestion publique 23
3. Commission de l'assurance-maladie 24
4. Procédures de règlement des différends 25

V. Élargir l'enveloppe des services assurés par l'État 27
1. Aperçu 27
2. Une législation fédérale-provinciale à coûts partagés 27
3. Programmes fédéraux directs d'assurance pour les médicaments et les soins à domicile 28
4. Conclusion 30

VI. Sommaire des recommandations 31

VII. Conclusion 34

Notes 35

Bibliographie 37

103-00516/

Points saillants

- La *Loi canadienne sur la santé* (LCS) a extrêmement bien servi les Canadiens, mais elle doit être mise à jour afin de pouvoir répondre à leurs besoins au XXI^{e} siècle.

- L'interdiction de la surfacturation et des frais aux usagers devrait être maintenue dans la LCS. C'est un mécanisme clé pour garantir l'équité du régime d'assurance-maladie. Il n'a pas été démontré que le fait d'accorder un plus grand rôle au *financement privé* améliorerait l'efficience ou l'équité du régime d'assurance-maladie.

- La LCS empêche, à juste titre, l'expérimentation avec les formules de financement privé, mais elle ne fait rien pour entraver ou faciliter l'innovation ou une réforme au niveau de la *prestation* des soins de santé. Nous pensons que la LCS devrait faire l'objet d'une refonte en vue d'encourager activement l'innovation et les réformes fondées sur des données probantes en vue d'améliorer la prestation des soins.

- L'universalité est un principe fondamental qui devrait être maintenu.

- Le critère de la gestion publique à but non lucratif devrait être transformé en critère de « gouvernance publique et d'obligation de rendre compte en démocratie », dans le but de souligner l'importance d'une gouvernance et d'une obligation de rendre compte rigoureuses des décideurs, à tous les niveaux du régime d'assurance-maladie.

- Le gouvernement fédéral devrait surveiller l'expansion de la prestation des soins de santé par des entreprises à but lucratif, mais en reconnaissant que, dans sa forme actuelle, la LCS n'empêche pas leur participation, ***pourvu que les services soient pleinement financés par des fonds publics.***

- La LCS devrait obliger les provinces à mettre en place des processus transparents et démocratiques pour déterminer, de façon périodique, quels biens et services devraient être financés par l'État.

- Si le régime d'assurance-maladie ne répond pas aux préoccupations des Canadiens en ce qui a trait à l'obtention d'un traitement en temps opportun, il perdra des appuis et les pressions en faveur des formules de financement privé s'intensifieront. On devrait modifier la LCS afin d'y inclure une garantie d'accès en temps opportun afin d'apaiser les craintes des Canadiens au sujet des délais et des listes d'attente.

- Le gouvernement fédéral et les provinces devraient créer conjointement une commission de l'assurance-maladie, spécialisée et non partisane, en vue de récompenser les provinces qui atteignent certains indicateurs de rendement objectifs ou qui entreprennent des réformes jugées utiles par la commission.

- On devrait établir un mécanisme permanent de règlement des différends pour traiter des différends portant sur l'interprétation des critères de la LCS en matière de programmes.

- Une législation distincte est requise afin d'établir des normes nationales d'assurance pour les médicaments d'ordonnance et les soins à domicile. Cette législation devra vraisemblablement prendre la forme d'une nouvelle loi à coûts partagés, semblable à la LCS, mais comportant des normes nationales d'accès plutôt qu'une interdiction pure et simple des frais aux usagers.

Sommaire

La *Loi canadienne sur la santé* (LCS) a extrêmement bien servi les Canadiens depuis 1984. Cependant, pour continuer à profiter des valeurs qui forment l'assise de cette Loi, certaines modifications sont requises.

Dans ce document, nous proposons des réformes importantes à la LCS. Trois objectifs animent nos recommandations : premièrement, comment moderniser les critères de la LCS et en étendre la portée afin qu'elle reflète mieux les besoins de la société contemporaine; deuxièmement, comment articuler concrètement les critères de la Loi, qui sont actuellement énoncés en termes très généraux; troisièmement, comment restructurer les relations fédérales-provinciales dans le secteur des soins de santé.

A. Moderniser les critères de la Loi – En ce qui concerne les cinq critères énoncés dans la Loi, nous recommandons ce qui suit :

Universalité : Le critère de l'universalité est un principe fondamental qui devrait être maintenu pour les services hospitaliers et médicaux, et sa portée devrait être étendue expressément aux services de diagnostic. Au moyen d'une loi distincte, on devrait aussi assurer une couverture universelle des médicaments d'ordonnance et des soins à domicile. Le critère de l'universalité ne devrait pas nécessiter une formule de financement à même les recettes fiscales générales mais, plutôt, un financement progressif (fondé sur la capacité contributive). Ainsi, les nouveaux programmes nationaux pour les soins à domicile et les médicaments d'ordonnance pourraient être financés par un régime d'assurance sociale obligatoire.

Transférabilité : La couverture des soins reçus hors du pays n'est pas un élément essentiel du régime d'assurance-maladie. Le critère de transférabilité devrait être modifié de manière à ce que les provinces n'enfreignent pas la LCS si elles ne remboursent pas les traitements reçus hors du pays.

Gestion publique : Le critère de la gestion publique devrait être transformé en critère de « gouvernance publique et obligation de rendre compte en démocratie » afin de souligner l'importance d'une gouvernance et d'une obligation de rendre compte rigoureuses des décideurs à tous les niveaux du régime d'assurance-maladie. Le gouvernement fédéral devrait surveiller l'expansion de la prestation de soins de santé par des entreprises à but lucratif, mais en reconnaissant que la LCS n'empêche pas leur participation, ***pourvu que les services soient pleinement financés par les deniers publics***.

Intégralité : La LCS devrait obliger les provinces à mettre en place des *processus* transparents et démocratiques afin de déterminer périodiquement quels biens et services devraient ou non être financés par l'État. Elle devrait aussi obliger les provinces à accorder la priorité au financement public des services dont l'efficacité a été démontrée. De même, la portée des services protégés par la LCS devrait être élargie afin d'y inclure tous les services de diagnostic médicalement requis. Enfin, on devrait envisager d'obliger les provinces à intégrer le financement de *tous* les soins de santé assurés par des fonds publics (qu'ils soient ou non protégés en vertu de la LCS) et à en confier la responsabilité au niveau décisionnel approprié.

Accessibilité : Si le régime d'assurance-maladie ne répond pas aux préoccupations des Canadiens en ce qui a trait à l'obtention d'un traitement en temps opportun, il perdra des appuis et les pressions en faveur des options de financement privé s'intensifieront. Le critère de l'accessibilité énoncé dans la LCS devrait être modifié pour se lire ainsi : « un accès raisonnable, dans un délai raisonnable, compte tenu de la nature du besoin », afin d'y intégrer une garantie d'accès en temps opportun. La LCS devrait obliger les provinces à rendre compte des processus qu'elles ont mis en place pour s'assurer que tous les résidants de la province ont un accès aux biens et services liés aux soins de santé, dans un délai raisonnable.

B. Surfacturation et frais aux usagers : Afin de prévenir l'apparition d'un système de santé à deux vitesses et le contournement des files d'attente, il faudrait continuer à interdire la surfacturation. En permettant la surfacturation, les Canadiens les mieux nantis auraient la possibilité de contourner les files d'attente. Dans aucun pays, il n'existe de preuves montrant que la surfacturation a permis de réduire les listes d'attente dans les hôpitaux publics. Bien au contraire, dans des pays tels que la Nouvelle-Zélande et le Royaume-Uni, où l'on permet le contournement des files d'attente et la surfacturation, les listes d'attente dans les hôpitaux publics sont plus longues. Les données montrent que les frais imposés aux usagers pour les services hospitaliers et médicaux peuvent réduire l'incitation à obtenir non seulement des soins superflus mais aussi des soins nécessaires. Ainsi, il faudrait maintenir l'interdiction des frais aux usagers à moins qu'une province ne puisse démontrer que le régime proposé de frais aux usagers n'incitera pas certaines personnes à renoncer aux soins dont elles ont besoin, mais seulement à des soins superflus.

La LCS empêche, à juste titre, la mise à l'essai de formules de financement privé en interdisant l'imposition de frais aux usagers et la surfacturation, mais elle *n'entrave ni n'encourage* les réformes ou les innovations au niveau de la *prestation* des soins de santé. Nous croyons que la LCS devrait être remaniée afin d'encourager activement l'innovation et les réformes fondées sur des données probantes au niveau de la prestation des soins.

C. Processus de substantiation des critères énoncés dans la Loi : À l'heure actuelle, les cinq critères de la LCS sont des énoncés des valeurs que les Canadiens souhaitent voir intégrer aux régimes d'assurance provinciaux partout au pays. Cependant, il n'y a pas de définition explicite de certaines expressions fondamentales telles que « médicalement nécessaire » et « accès raisonnable ». Cela s'explique par le fait que les exigences de ce genre varient forcément dans le temps et d'une province à l'autre. Pour donner un contenu réel aux valeurs énoncées dans la LCS, celle-ci devrait obliger les provinces à faire rapport annuellement sur les *processus* qu'elles ont mis en place pour définir ces critères et s'y conformer. Nous croyons que cette approche favoriserait une évolution des relations fédérales-provinciales vers un partenariat entre le gouvernement fédéral et les provinces, en délaissant les différends au sujet de l'application de la loi et le climat d'acrimonie généralisée. En passant à un système qui met d'abord l'accent sur la responsabilité à l'égard des processus, nous reconnaissons qu'une formule unique peut être appropriée en ce qui a trait aux *valeurs* que préconise le système, mais non en ce qui a trait aux divers *moyens* de concrétiser ces valeurs.

D. Amélioration des relations fédérales-provinciales dans le domaine des soins de santé : Les relations fédérales-provinciales dans le domaine des soins de santé ont désespérément besoin d'être améliorées. À cette fin, le régime d'assurance-maladie nécessiterait la création de deux ensembles d'institutions fédérales-provinciales conjointes pour en assurer la régie. Premièrement, nous proposons l'établissement d'une commission de l'assurance-maladie, constituée de spécialistes impartiaux, nommés conjointement, et collaborant avec les provinces pour mettre en place des processus visant à mieux assurer la conformité aux critères d'intégralité, d'accessibilité, de gouvernance publique et d'obligation de rendre compte. La commission récompenserait les provinces qui atteignent certains indicateurs de rendement objectifs ou qui mettent en œuvre des réformes que la commission juge utiles. Afin de susciter un changement réel au sein du système, la commission devrait être dotée d'un budget important par le gouvernement fédéral, indépendamment des paiements de transfert actuels. Deuxièmement, nous proposons l'élaboration de mécanismes permanents en vertu de l'Entente-cadre sur l'union sociale pour régler les différends portant sur l'interprétation de la LCS. Ces différends seraient tranchés par des comités de spécialistes. Cette procédure pourrait être invoquée directement par les citoyens en plus de servir à entendre les plaintes déposées par les gouvernements.

E. Programmes nationaux pour les médicaments d'ordonnance et les soins à domicile : Des lois distinctes sont requises afin d'élaborer des normes nationales d'assurance pour les médicaments d'ordonnance et les soins à domicile. Cette loi prendrait vraisemblablement la forme d'une nouvelle législation à coûts partagés, semblable à la LCS, mais renfermant des normes nationales d'accès plutôt qu'une interdiction pure et simple des frais aux usagers. Nous croyons qu'il pourrait être approprié d'imposer certains frais aux usagers dans le cadre d'un système national de soins à domicile parce que ces soins chevauchent le secteur des soins médicaux et celui des services sociaux. Ainsi, les services ménagers pourraient comporter certains frais pour les usagers. Dans le cas des médicaments d'ordonnance, il est essentiel de ne pas décourager les Canadiens de se procurer les médicaments d'ordonnance dont ils ont besoin en leur imposant des frais. Cependant, il semblerait acceptable d'exiger des frais lorsque le patient choisit un médicament de marque de préférence à un médicament générique.

Remerciements

Nous aimerions remercier Pat Baranek, Michael Decter, Bob Rae et Terry Sullivan pour leurs commentaires sur des versions antérieures de ce document, deux arbitres anonymes pour leurs commentaires, Monique Bégin, Charlyn Black, Dale McMurchy et Carolyn Tuohy pour les échanges que nous avons eus sur nos propositions, Susan Zimmerman pour son travail d'assistance à la recherche, ainsi que Margaret Williams qui a effectué la lecture d'épreuves et offert des commentaires de nature éditoriale. Toutes les opinions, erreurs et omissions demeurent la responsabilité des auteurs.

I. Introduction et aperçu

La *Loi canadienne sur la santé*[1] (LCS) « a pour raison d'être d'établir les conditions d'octroi et de versement d'une pleine contribution pécuniaire pour les services de santé assurés et les services complémentaires de santé fournis en vertu de la loi d'une province » (*LCS*, 1985, art. 4). Cependant, voir la LCS comme étant simplement une loi d'affectation de crédits désuète, par laquelle le gouvernement fédéral transfère des fonds aux provinces qui respectent certaines conditions, ne rend pas justice à l'importance que revêt la LCS dans le cœur et l'esprit des Canadiens. Pour la plupart d'entre eux, la LCS est un document qui a acquis une valeur presque constitutionnelle parce qu'elle reflète les valeurs canadiennes et garantit à tous les Canadiens la sécurité de l'assurance-santé. Le lien entre la LCS et l'identité canadienne est renforcé par le contraste marqué qui existe entre la portée universelle du régime d'assurance-maladie du Canada et la couverture partielle de l'assurance-santé aux États-Unis (Naylor, 1999, p. 24), où 16,3 p. 100 de la population (OCDE, 2001, tableau 146) est privée de la sécurité quotidienne qu'offre la couverture la plus élémentaire de l'assurance-santé (Reed et Tu, 2002).

Dans ce texte, nous tentons de voir comment la LCS pourrait être modernisée afin que les valeurs liées à la prestation des soins de santé qui sont chères aux Canadiens puissent se perpétuer au XXI[e] siècle. Nous proposons un certain nombre de réformes importantes à la LCS. Notre vision est ambitieuse et les réformes proposées sont de large portée. Nous devons toutefois formuler deux réserves à l'intention des lecteurs. Premièrement, la portée de la présente étude ne permet pas d'examiner en détail chaque réforme proposée ou leurs modalités de mise en œuvre, qui revêtent une importance critique. Deuxièmement, nous tenons à souligner qu'aucune de nos propositions ne va à l'encontre d'un système de soins de santé financé par les pouvoirs publics, dans lequel chaque Canadien a l'assurance de recevoir les soins dont il a besoin. Mais nonobstant notre engagement à l'égard de ce principe fondamental, nous croyons que les modalités de mise en œuvre de ce principe requièrent des changements, lesquels passent par une modification de la LCS. Le besoin de réforme est particulièrement urgent car les perspectives d'application de la Loi dans sa forme actuelle ont été sérieusement hypothéquées par le différend fédéral-provincial sur la stabilité et le niveau du financement. La LCS doit être renforcée pour servir de phare à des réformes novatrices et à des améliorations continues au lieu de constituer un foyer de discorde.

Dans la première partie du document, nous examinons les cinq critères de la LCS (gestion publique, intégralité, universalité, transférabilité et accessibilité) en nous demandant si ces critères satisfont aux besoins et aux valeurs du Canada d'aujourd'hui. Nous formulons plusieurs recommandations qui visent à préciser et à améliorer le contenu de ces cinq critères. Nous examinons aussi les interdictions implicites que renferme la LCS à l'égard de la surfacturation et des frais aux usagers. De même, nous nous penchons sur la façon dont la LCS a été appliquée jusqu'à maintenant. Notre recommandation la plus importante est liée à la difficulté qu'a eue le gouvernement fédéral à assurer la conformité aux cinq critères, dont certains sont énoncés en termes très généraux (par exemple, que signifie l'exigence relative à l'« intégralité » des régimes d'assurance des provinces ?). Selon nous, l'obligation de rendre compte devrait porter principalement sur les *processus* mis en place par les gouvernements provinciaux pour se conformer aux cinq critères de la Loi. Différentes provinces emploieront différents moyens de traduire les valeurs que représentent ces cinq critères.

Nous examinons également la mesure dans laquelle la LCS entrave les possibilités de réforme novatrice en matière de soins de santé. Nous arrivons à la conclusion que la LCS n'a pas fait obstacle à la réforme de la *prestation* des soins de santé, mais qu'elle exclut l'expérimentation des formules de financement privé. En outre, nous notons l'absence de preuve qu'un financement accru en provenance du secteur privé contribuerait à résoudre l'un ou l'autre des problèmes que connaît actuellement le régime d'assurance-maladie.

Même si nous pensons que nos recommandations au sujet des cinq critères ont une importance critique, celles qui auraient les répercussions les plus profondes se trouvent dans la seconde partie de l'étude. Ces recommandations ont trait à l'application de la LCS et elles visent à dénouer les rapports dysfonctionnels qui se sont développés entre le gouvernement fédéral et les provinces au sujet de la régie des soins de santé. Nous proposons la création d'un tribunal permanent et indépendant pour régler les différends, ainsi que d'une commission nationale indépendante qui récompenserait les provinces qui entreprennent des réformes innovatrices.

Nous recommandons par ailleurs l'élaboration d'une législation distincte qui préciserait des normes nationales d'assurance pour les médicaments et les soins à domicile, et nous examinons certains mécanismes constitutionnels qui permettraient d'instituer de telles normes. En particulier, nous recommandons l'élaboration d'une nouvelle législation à coûts partagés semblable à la LCS.

II. Évaluation de la LCS : la Loi répond-elle aux valeurs et aux besoins de la société contemporaine ?

La LCS assure le financement public intégral de toute une gamme de services hospitaliers et médicaux. À cette fin, la Loi oblige les provinces à couvrir les « services de santé assurés », définis comme étant tous les services hospitaliers « médicalement nécessaires », les services de médecins « médicalement requis » et les services de chirurgie dentaire qui doivent être dispensés dans un hôpital. Afin d'obtenir la contribution financière fédérale, tout régime d'assurance provincial doit respecter cinq critères : la gestion publique, l'intégralité, l'universalité, la transférabilité et l'accessibilité. La LCS interdit expressément la surfacturation et l'imposition de frais aux usagers pour les services de santé assurés, et elle oblige le gouvernement fédéral à retenir un dollar de fonds fédéraux pour chaque dollar ainsi versé dans les provinces qui permettent ces pratiques. Les cinq critères et les interdictions *ne s'appliquent pas* aux « services complémentaires de santé »[2].

Pour les Canadiens, ces critères et ces interdictions sont devenus les fondements d'un système de soins de santé juste et équitable. Nous examinons l'importance relative de chacun ci-dessous en considérant la mesure dans laquelle ils doivent être précisés ou modifiés afin de refléter les besoins actuels. Nous examinons d'abord l'universalité, la transférabilité et la gestion publique, qui sont peut-être les critères les moins controversés. Nous passons ensuite (et consacrons beaucoup plus d'attention) aux critères plus épineux que sont l'intégralité et l'accessibilité, aux interdictions visant la surfacturation et les frais aux usagers, ainsi qu'aux problèmes d'application de la Loi.

1. Universalité

En vertu du critère de l'« universalité », énoncé à l'article 9 de la Loi, un régime provincial doit permettre à tous les résidants admissibles de la province de recevoir les services hospitaliers « médicalement nécessaires » et les services médicaux « médicalement requis » à des conditions uniformes. L'universalité est une valeur *fondamentale* qui garantit à tous les Canadiens l'accès à un régime national. Cela dit, le modèle canadien (régime universel financé à même les recettes fiscales générales) n'est pas le seul modèle pouvant offrir la sécurité de l'assurance-maladie à tous les citoyens. Ainsi, les Pays-Bas parviennent à une couverture quasi universelle au moyen d'une *assurance sociale* obligatoire pour la tranche de 65 p. 100 de la population la moins nantie, laissant aux personnes constituant l'autre tranche de 35 p. 100 le soin d'acquérir une assurance privée. L'assurance sociale est financée selon une formule *progressive* (c'est-à-dire en fonction des moyens des gens), par des cotisations de l'employeur et de l'employé, qui représentent un pourcentage du revenu annuel. En outre, au moyen d'une réglementation détaillée, les Pays-Bas réussissent à atteindre une équivalence fonctionnelle entre la couverture de l'assurance sociale et celle de l'assurance privée (Flood, 2000*a*, ch. 3). Cependant, le système néerlandais n'est pas si manifestement plus efficient que le système canadien pour nous inciter à abandonner le principe de l'universalité pour les services de base tels que ceux offerts par les hôpitaux et les médecins. Il n'est pas clair non plus qu'une réforme du système canadien inspirée du modèle néerlandais (qui représente une combinaison d'assurance privée et d'assurance sociale) soit faisable, compte

tenu de la façon dont s'est développé le régime des soins de santé au Canada. Le Canada n'a pas une longue tradition d'assurance sociale et de fonds de prévoyance pour la maladie, ni ne témoigne d'un engagement envers ce que les Hollandais appellent la « solidarité sociale », une valeur qui leur permet de mettre le secteur privé et le secteur quasi public au service de l'intérêt public. Ainsi, nous recommanderions qu'une LCS modernisée maintienne son engagement fondamental à l'égard de la couverture universelle des services hospitaliers et médicaux.

Cependant, l'engagement envers l'universalité ne signifie pas forcément un engagement à financer la couverture universelle à même les recettes fiscales générales. De fait, la LCS n'oblige pas à le faire, bien que la plupart des provinces aient choisi de financer l'assurance-santé de cette façon. L'expérience internationale démontre qu'il est possible d'en arriver à une couverture universelle par divers moyens – financement public à même les recettes fiscales générales, assurance sociale (primes obligatoires) et réglementation de l'assurance privée. Au Canada, les provinces ont déjà expérimenté diverses formules de couverture universelle pour des biens et services sortant du cadre de la LCS. À titre d'exemple, le Québec a mis en place un régime d'assurance-médicaments accessible à tous les citoyens en réglementant les régimes d'assurance privés et en obligeant les employeurs et les employés à verser des cotisations représentant un pourcentage fixe du revenu annuel. Nous croyons que le Canada pourrait tirer profit de la mise à l'essai de *différents* moyens de parvenir à une couverture universelle. Dans ce qui suit, nous nous prononçons en faveur d'une nouvelle législation fédérale énonçant des normes nationales d'assurance pour les médicaments et les soins à domicile. À l'instar de la LCS, cette législation n'exigerait pas que les soins de santé soient financés à même les recettes fiscales générales. Mais, contrairement à la LCS, elle permettrait explicitement aux régimes d'assurance provinciaux d'être financés de manière progressive, par des cotisations de l'employeur et de l'employé, pourvu que la couverture soit universelle. Incidemment, il pourrait y avoir un avantage important à percevoir des primes parce que le fait de dissocier le financement des soins de santé des recettes fiscales générales aiderait à garantir la stabilité du financement. Cela atténuerait aussi les tensions entre la tendance à accroître les dépenses publiques consacrées à la santé et le désir d'abaisser les taux d'imposition. En outre, puisque les assureurs privés ont déjà une présence significative sur le marché de l'assurance des médicaments d'ordonnance et, de plus en plus, des soins à domicile, le fait de les obliger, par la loi, à offrir un accès universel ne devrait pas déclencher un recours aux dispositions de l'ALENA concernant l'expropriation, tandis qu'une nationalisation des assureurs risquerait manifestement de le faire (Epps et Flood, 2002).

Recommandations

1. Le critère de l'universalité devrait être maintenu pour les services dispensés par les hôpitaux et les médecins.

2. Au moment d'élaborer des normes nationales pour les programmes d'assurance visant les médicaments et les soins à domicile, on devrait imposer l'universalité et une formule de financement progressive, mais sans lier celle-ci nécessairement aux recettes fiscales générales.

2. Transférabilité

En vertu de l'article 11 de la LCS, un régime provincial doit assurer tous les résidants dans un délai de trois mois de leur arrivée dans la province. Dans l'optique de la transférabilité interprovinciale, les régimes doivent défrayer les services reçus par les résidants en voyage dans d'autres provinces canadiennes, au tarif approuvé par le régime de la province où les services sont fournis ou selon un autre arrangement. Pour ce qui est des Canadiens en visite dans un pays étranger, les régimes provinciaux doivent rembourser au moins le montant qu'ils auraient versé pour des services semblables dispensés dans la province. Les paragraphes 11(2) et (3) précisent que le critère de transférabilité n'est pas enfreint lorsqu'un régime provincial exige qu'un patient obtienne le consentement du régime avant de recevoir des soins non urgents alors qu'il se trouve dans une autre province ou un autre pays.

Le Québec contrevient au critère de transférabilité en refusant de rembourser les soins de santé reçus par ses résidants dans d'autres provinces. Cinq autres provinces enfreignent l'exigence relative au remboursement du coût des services reçus hors du Canada au tarif en vigueur dans la province pour les mêmes services (Canada, Bureau du Vérificateur général, 1999, ch. 29). La suppression de l'exigence relative à la couverture des services reçus hors du pays ne dérogerait pas, à notre avis, au principe fondamental de l'équité qui sous-tend la LCS, parce qu'il est raisonnable de supposer que les Canadiens qui peuvent se permettre de voyager à l'étranger ont aussi les moyens d'acheter une assurance-voyage. En outre, nous pensons que la couverture actuellement offerte ne couvrirait qu'un faible pourcentage du coût total engagé par un voyageur à l'étranger, notamment aux États-Unis. Le fait qu'une certaine couverture soit assurée par des régimes provinciaux pourrait donner aux voyageurs canadiens un faux sentiment de sécurité et les inciter à ne pas acquérir sur le marché privé une assurance-voyage offrant une protection complète. D'autres pays tels que le Royaume-Uni, la Nouvelle-Zélande et l'Australie n'offrent pas de protection pour les soins urgents reçus hors du pays à moins qu'une entente de réciprocité n'ait été négociée avec le pays en question et qu'ils aient l'assurance que leurs citoyens seront *pleinement* protégés pour les coûts engagés[3]. Pour ces raisons, nous croyons que l'obligation faite aux provinces d'assurer les traitements reçus hors du pays devrait être supprimée du critère de transférabilité. Bien entendu, le retrait de cette exigence de la LCS n'empêcherait pas une province d'offrir à ses citoyens, en tant qu'avantage complémentaire, une protection pour les soins reçus hors du pays.

Recommandation

Le critère de transférabilité devrait être modifié afin de supprimer l'exigence faite aux provinces d'assumer le coût des traitements reçus hors du pays.

3. Gestion publique

La LCS est devenue un symbole des valeurs canadiennes; pourtant, son contenu véritable demeure mal compris. Cela est notamment vrai de l'exigence relative à la « gestion publique ».

En vertu de ce critère, un régime provincial d'assurance-santé doit être « géré sans but lucratif par une autorité publique nommée ou désignée par le gouvernement de la province; » (*LCS*, 1985, al. 8(1)(a)). Notamment, cette disposition n'exige *pas* que tous les *prestateurs* soient du secteur public ou du secteur à but non lucratif. Ainsi, le critère de la gestion publique n'empêche pas une province de confier en sous-traitance la prestation de services financés par l'État à des fournisseurs à but lucratif du secteur privé. De fait, les fournisseurs à but lucratif, comme les médecins, jouent depuis longtemps un rôle vital dans le cadre de ce système. Bien sûr, certains ont fait valoir que le fait de permettre aux médecins de dispenser leurs services dans un but lucratif était passablement différent du fait de recourir à des entreprises à but lucratif qui sont redevables à des actionnaires (Evans et coll., 2000). Cependant, rien dans la LCS n'empêche des fournisseurs à but lucratif du secteur privé de participer au système financé par des fonds publics, peu importe qu'il s'agisse de médecins ou d'entreprises. En outre, nous serions prêts à affirmer que la participation d'entreprises à but lucratif du secteur privé (par exemple des hôpitaux ou des laboratoires à but lucratif) ne va pas à l'encontre des valeurs sous-jacentes de la LCS, pourvu que les services offerts soient *pleinement financés par des fonds publics*.

Nonobstant la possibilité de conclure des accords de sous-traitance avec des entités à but lucratif du secteur privé dans le cadre de la LCS, certains groupes d'intérêts continuent de s'opposer aux réformes de ce genre en affirmant qu'elles contreviennent à la Loi. Ces objections reçoivent des appuis parce que, dans le débat public, on ne fait pas de distinction claire entre le financement (que la LCS réserve à juste titre au secteur public) et la prestation (qui, historiquement, a été assurée par toute une gamme de fournisseurs sans but lucratif du secteur public et de fournisseurs à but lucratif du secteur privé). La préoccupation qui se profile derrière cette opposition aux entreprises à but lucratif du secteur privé pourrait bien être qu'en acceptant la participation de fournisseurs à but lucratif, nous nous engageons sur une pente dangereuse vers une plus grande contribution du secteur privé au financement du système. Nous ne doutons pas qu'une augmentation significative du nombre d'entreprises à but lucratif dans le domaine des soins de santé poserait d'importants défis sur le plan de la réglementation, notamment dans le secteur des soins aigus. En outre, devant les données qui indiquent que les hôpitaux à but lucratif aux États-Unis enregistrent des taux de mortalité plus élevés que les hôpitaux à but non lucratif, il est peu probable que la plupart des provinces facilitent l'avènement d'un important secteur hospitalier à but lucratif (Devereaux et coll. 2002). Cependant, un engagement ferme envers le principe du financement public intégral, s'ajoutant à une application rigoureuse des interdictions visant la surfacturation et les frais aux usagers, devrait suffire à exercer un contrôle sur les entreprises à but lucratif qui seraient tentées de contourner les restrictions relatives au financement public ou de créer *de facto* un système à deux vitesses. Si cette prédiction se révélait erronée, il y aurait alors peut-être lieu de revoir la LCS. Pour l'instant, il semble y avoir suffisamment de données pour et contre la prestation de services par des entités à but lucratif dans différentes sphères d'activité pour que l'on puisse laisser cette question à la discrétion de chacune des provinces.

Nous nous demandons par ailleurs si le principe de la « *gestion* publique » revêt une importance aussi fondamentale dans les valeurs canadiennes que celui de la « *gouvernance* publique ». La Loi permet actuellement aux provinces de désigner tout organisme aux fins « soit de recevoir . . . les montants payables . . . soit d'exercer en son nom les attributions liées à la réception ou au règlement des comptes remis pour prestation de services de santé assurés . . . »

(*LCS*, 1985, al. 8(2)(a) et (b)). Dans sa formulation actuelle, le critère de la gestion publique *suppose* un modèle d'assurance *passif*, par lequel les gouvernements ne font qu'administrer et traiter les montants réclamés par les médecins et les hôpitaux pour les services dispensés. L'hypothèse qui sous-tend cette formulation est que tous les soins prescrits et dispensés par les médecins sont « médicalement nécessaires » et, ainsi, doivent être financés par l'État. Ce genre d'énoncé est en contradiction avec la pratique contemporaine des régimes de soins de santé. En réaction aux coûts sans cesse croissants des soins de santé, les assureurs du secteur privé et du secteur public, partout dans le monde, font appel à diverses méthodes (parfois appelées gestion des soins) pour tenter d'influencer les décisions des médecins qui ont un effet sur la répartition des ressources (Flood, 2000*a*). Ainsi, le fait de parler de *gestion publique* ne rend pas justice à l'important rôle de *régie* que les gouvernements provinciaux doivent assumer dans la gestion et la réglementation de leur système de soins de santé. En outre, dans sa formulation actuelle, le critère de la gestion publique pourrait être perçu comme un obstacle à la souplesse nécessaire aux provinces pour mettre à l'essai différents modèles de gestion. Devrait-on imposer des contraintes aux provinces qui voudraient obtenir à contrat les services d'entités à but lucratif du secteur privé pour la gestion d'un régime d'assurance-santé financé par l'État ? Une province enfreindrait-elle le principe de la gestion publique si elle accordait des budgets à des groupes de médecins (des fournisseurs à but lucratif du secteur privé) en les obligeant à gérer les fonds reçus ? Même si nous ne pensons pas que le libellé de la LCS empêche ce genre d'innovation sur le plan de la gestion, il serait possible d'aplanir les différends actuels sur ces questions en procédant à une mise à jour du critère de la gestion publique pour le transformer en critère de « gouvernance publique ».

Il y a d'autres raisons de préférer le terme « gouvernance » à celui de « gestion ». Lorsque nous parlons de gouvernance, nous allons au cœur de ce qui a fait défaut dans le système canadien et de ce qu'il faudrait pour garantir la pérennité du système. À notre avis, le problème le plus sérieux est l'incapacité d'imposer une gouvernance et une obligation de rendre compte rigoureuses en matière décisionnelle (Choudhry, 2000; Flood, 2000*a*, ch. 4; Institut de recherche en politiques publiques, 2000; et Flood, 2000*b*). Ici, nous ne parlons pas d'obligation de rendre compte uniquement des fonds déboursés, mais de l'obligation de rendre des comptes aux citoyens pour la façon dont le système est géré et pour la prestation en temps opportun de soins de santé de haute qualité. Nous avons à l'esprit l'obligation de rendre compte en démocratie : comment faire en sorte que l'État et les décideurs à qui celui-ci a confié des pouvoirs assument la responsabilité des décisions qu'ils ont prises et soient tenus de rendre des comptes d'une manière équitable, plus directe et plus rapide que ne le permet un système d'élections à intervalles de quatre ou cinq ans. Celle-ci pourrait prendre diverses formes et varier d'une province à l'autre. Ainsi, les provinces pourraient opter pour la décentralisation et confier le pouvoir décisionnel aux collectivités concernées, rendre la consultation obligatoire, créer des régies régionales de la santé élues, demander aux citoyens de choisir un groupe de soins primaires, promulguer une charte des droits des patients ou instituer la fonction de protecteur des patients (Flood, 2000*a*, ch. 4; Institut de recherche en politiques publiques, 2000; et Flood, 2000*b*). Le gouvernement fédéral pourrait prendre l'initiative en ce domaine en modifiant la LCS pour y inclure une définition plus explicite de la gestion publique, à savoir la « gouvernance publique et l'obligation de rendre compte en démocratie ». Certains pourraient dire que nous employons une logique circulaire parce que si l'expression « gestion publique » n'est pas claire, l'expression « gouvernance et obligation de rendre compte publiques » ne l'est pas davantage. Cependant,

comme nous l'expliquons ci-dessous, le principal mécanisme d'application du principe de la gouvernance publique et de l'obligation de rendre compte en démocratie devrait consister à demander aux provinces de rendre compte des *processus* qu'elles ont institués en vue d'améliorer la gouvernance publique et l'obligation de rendre compte en démocratie. Ainsi, ce sont les provinces elles-mêmes qui élaboreraient la signification de ce critère en assumant la régie de leur régime respectif. De fait, elles se trouveraient à se lier elles-mêmes par un tel processus.

Pour renforcer l'obligation de rendre compte des gouvernements fédéral et provinciaux, nous recommandons aussi que le gouvernement fédéral soit tenu de rendre compte de la totalité des sommes transférées aux provinces au titre de la santé et que les provinces soient tenues de rendre compte de la façon dont elles dépensent toutes les sommes ainsi reçues du gouvernement fédéral. Pour faciliter cela, il est essentiel que les transferts au titre des soins de santé soient découplés des transferts au titre de l'aide sociale et de l'enseignement postsecondaire, dans le cadre du Transfert canadien en matière de santé et de programmes sociaux (TCSPS). Il devrait y avoir un transfert fédéral distinct, que nous appellerons le « Transfert canadien au titre de la santé ». Quels que soient les avantages qu'offre une consolidation des fonds fédéraux sur le plan de la souplesse, nous pensons qu'ils ne compensent pas la perte d'obligation redditionnelle à l'égard des dépenses de santé.

Recommandations

1. Le gouvernement fédéral devrait surveiller l'expansion des soins de santé offerts par les entreprises à but lucratif, mais en reconnaissant que la LCS n'interdit pas leur participation, *pourvu que ces services soient pleinement financés par des fonds publics.*

2. Le critère de la gestion publique devrait être reformulé pour devenir le critère de la « gouvernance publique et de l'obligation de rendre compte en démocratie ».

3. La LCS devrait obliger les provinces à rendre compte des processus qu'elles ont mis en place en vue d'améliorer, au sein de leur système, la gouvernance publique et l'obligation de rendre compte en démocratie.

4. Les transferts fédéraux au titre de la santé devraient être dissociés des autres transferts afin d'assurer des lignes de responsabilité claires de la part du gouvernement fédéral et des provinces.

4. Intégralité

Si le régime d'assurance-santé n'arrive pas à offrir les soins que la société considère nécessaires, il perdra éventuellement sa légitimité aux yeux du public. L'incapacité d'assurer une protection intégrale réduira par ailleurs l'incitation des Canadiens mieux nantis à appuyer politiquement le régime et leur désir de continuer à y participer (Hirschman, 1970; Flood, 2000*a*). Nous abordons l'épineuse question de l'intégralité par étapes :

a) Comment les provinces déterminent quels services hospitaliers et médicaux seront financés par les fonds publics.

b) La responsabilité des provinces à l'égard des processus par lesquels elles décident des services hospitaliers et médicaux qui seront financés par les fonds publics.

c) Ce qui pourrait être fait dans le cadre de la LCS pour accorder la priorité aux services de santé *réellement* efficaces dans l'attribution des fonds publics.

d) Comment la LCS n'assure pas le remboursement d'importants services de santé comme les médicaments d'ordonnance et les soins à domicile.

e) De quelle façon assurer l'intégration du financement et de la prestation des soins pour une gamme plus étendue de services que ceux protégés en vertu de la LCS.

a) Comment les provinces déterminent quels services hospitaliers et médicaux seront financés par les fonds publics

La nature des services hospitaliers et médicaux financés par les fonds publics dépend de l'interprétation que l'on donne aux expressions « médicalement nécessaire » et « médicalement requis ». Mais ces expressions clés ne sont pas définies dans la LCS et n'ont pas été définies en termes opérationnels dans la législation provinciale (Canada, Commission royale sur les nouvelles techniques de reproduction, 1993, p. 80). En pratique, les gouvernements provinciaux et les associations médicales négocient la nature des services qui seront financés par les fonds publics dans le cadre du processus de détermination des honoraires que touchent les médecins pour les services qu'ils dispensent. Une telle méthode confère un important pouvoir aux médecins et traduit l'entente intervenue entre les médecins et les gouvernements lors de la mise en place des fondements du régime d'assurance-maladie : les médecins acceptèrent le régime d'assurance public à condition que les assureurs publics n'empiètent pas sur leur autonomie clinique (Tuohy, 1999). Ce processus décisionnel a principalement joué à sens unique, de nouveaux services sont venus s'ajouter à la liste de ceux qui sont financés à même les fonds publics, mais peu de services ont été retirés. Récemment, on a observé un mouvement en direction opposée. De plus en plus, les gouvernements provinciaux « retirent » certains services de la liste des services assurés pour le motif qu'ils ne sont pas « médicalement nécessaires » ou « médicalement requis ». Comme pour la décision de financer publiquement un service, celle de supprimer un service de la liste est prise conjointement par les gouvernements provinciaux et les associations médicales. Ainsi, en Ontario, un « comité des services médicaux », constitué de représentants du ministère de la Santé et des Soins de longue durée et de l'Ontario Medical Association, prend les décisions en ce qui a trait aux retraits de la liste des services assurés.

b) La responsabilité des provinces à l'égard des processus par lesquels elles décident quels services hospitaliers et médicaux seront financés par les fonds publics

À l'heure actuelle, tant le processus de détermination des services qui seront remboursés que le processus de retrait de la liste des services assurés dépendent de la capacité des gouvernements provinciaux de refléter les valeurs chères au public et de celle des médecins de faire intervenir

leur expertise technique[4]. Cependant, on a soutenu de façon convaincante que cet arrangement n'était pas viable parce que le processus de détermination de ce qui est « médicalement nécessaire » est trop étroitement lié au processus de détermination des taux de rémunération des médecins.

Devrions-nous modifier la LCS pour y inclure une définition claire de ce qui est « médicalement nécessaire » ? La difficulté est que les biens et services « médicalement nécessaires » changent avec l'évolution de la technologie, des ressources et des valeurs (Caulfield, 1996). Plutôt que d'élaborer une définition qui deviendra inévitablement périmée, il est plus important de mettre au point de meilleurs *processus* de détermination de ce qui est ou non « médicalement nécessaire ».

Un récent rapport commandé par le premier ministre de l'Alberta (le Rapport Mazankowski) préconise la création d'un comité permanent de spécialistes indépendants chargé de déterminer la nature des services médicalement nécessaires et, partant, financés par l'État (Klein, 2001). Si cette initiative était mise en œuvre de façon vraiment transparente, elle améliorerait sensiblement le système actuel, où ces décisions sont prises à huis clos par les gouvernements provinciaux et les associations médicales. Nous préconisons que la LCS soit modifiée pour obliger les provinces à établir des processus transparents, démocratiques et responsables en vue de déterminer périodiquement la nature des services qui devraient être couverts par le régime public[5].

Une question importante est de savoir si le processus décisionnel servant à déterminer ce qui est « médicalement nécessaire » pourrait être utilisé pour réduire progressivement la gamme des services financés par les fonds publics. Sauf pour les services comme la chirurgie esthétique et le traitement de l'infertilité, la coutume a été de financer entièrement, à même les deniers publics, les services hospitaliers et médicaux « médicalement nécessaires ». De plus, on a généralement considéré que les services non « médicalement nécessaires » et, partant, non financés par l'État ne seraient pas offerts par le *secteur privé*, étant donné qu'il n'y aurait aucune demande pour des services non médicalement nécessaires. Cependant, même si certains services ne sont pas suffisamment bénéfiques pour justifier un financement public, on reconnaît de plus en plus que des patients pourraient néanmoins en profiter suffisamment pour vouloir en assumer eux-mêmes le coût. Une telle approche soulève des préoccupations au sujet de l'avènement éventuel d'un régime à deux vitesses, une question que nous abordons plus en détail sous la rubrique de la surfacturation. Elle soulève aussi la possibilité de conflits d'intérêts pour les médecins qui travaillent à la fois dans le système public et le système privé et qui, à tout le moins en l'absence d'une réglementation détaillée, seraient financièrement incités à orienter les patients vers le système de financement privé pour leurs services. Cela est notamment préoccupant si, comme l'envisage le gouvernement de l'Alberta, l'intention est d'encourager le secteur de l'assurance privée supplémentaire à offrir une couverture pour les services non « médicalement nécessaires » mais néanmoins considérés comme suffisamment bénéfiques.

La crainte que le processus de détermination de ce qui est « médicalement nécessaire » soit utilisé pour réduire progressivement la portée des services financés par les fonds publics nous incite à penser que nous pourrions devoir redoubler d'efforts pour élaborer une définition explicite de l'expression « médicalement nécessaire ». Dans l'ensemble, toutefois, nous croyons qu'en obligeant les provinces à mettre en place des processus transparents, démocratiques et

responsables, l'essentiel du régime d'assurance-maladie sera protégé. Lorsque de tels processus existent, l'expérience montre que, tant au pays qu'ailleurs dans le monde, il n'y a pas d'incitation politique à réduire sensiblement la gamme des services hospitaliers et médicaux financés par l'État (Flood, Stabile et Tuohy, 2002; Jacobs, Marmor et Oberlander, 1999). Lorsque la perspective d'un rationnement des services est présentée de façon explicite et transparente, les citoyens ne sont pas prêts à priver des patients des services de santé dont ils ont besoin. Par ailleurs, le gouvernement fédéral pourrait, à la limite, prétendre qu'une province retire de la liste des services médicalement nécessaires et, pour ce motif, retenir des transferts fédéraux. Comme nous le faisons valoir ci-dessous, la validité de l'interprétation du gouvernement fédéral pourrait être soumise à l'examen d'un tribunal indépendant de règlement des différends.

c) Ce qui pourrait être fait dans le cadre de la LCS pour accorder la priorité aux services de santé réellement efficaces dans l'attribution des fonds publics

Quel que soit le processus employé pour déterminer quels services seront financés par les fonds publics, le système devrait être manifestement généreux en ayant un caractère inclusif au point de départ. Pourquoi ? Dans l'ensemble, nous pourrions conclure qu'un certain type de procédure ou d'examen n'est pas « médicalement nécessaire » pour une population donnée. Cependant, il sera toujours vrai que, pour certains patients et dans certaines circonstances, une procédure ou un examen particulier sera, de loin, le traitement le plus approprié et efficace sur le plan des coûts. Ainsi, une approche trop utilitaire dans ce genre de calcul engendrera à la fois des résultats inéquitables et de la frustration à l'égard du système de la part des médecins et des patients.

Par contre, le régime actuel, qui accorde aux médecins un contrôle complet sur la répartition des fonds publics pour une gamme très étendue de services, prévoit la prestation de certains services pour lesquels nous avons peu ou pas de preuve d'efficacité. Les estimations du coût des traitements non appropriés prescrits par des médecins varient, mais elles se situent entre 30 et 40 p. 100 du coût de l'ensemble des services (Stoddart et coll., 1993, p. 6). Pour les Canadiens en général, ce constat est difficilement compréhensible étant donné les problèmes qu'éprouvent plusieurs d'entre eux à avoir accès à des soins; mais les variations observées dans le nombre de services de santé offerts dans des collectivités ayant des besoins de santé différents corroborent cette hypothèse (Roos et Roos, 1994; Canada, Forum national sur la santé, 1997, p. 20). À titre d'exemple, on observe d'importantes variations dans le nombre d'hystérectomies exécutées en Ontario, sans que l'on puisse identifier de raison clinique objective qui expliquerait des variations aussi grandes sans écart apparent dans les résultats obtenus par les patients (Coutts, 1998). L'objectif d'un régime financé à même les fonds publics pourrait être d'encourager la prestation de soins de santé dont *l'efficacité est prouvée*. Même si la LCS renferme implicitement un tel objectif en obligeant les provinces à déterminer ce qui est « médicalement nécessaire », cet objectif devrait être énoncé de façon plus explicite afin de dissocier le processus de celui servant à établir la rémunération des médecins.

d) Comment la LCS n'assure pas le remboursement d'importants services de santé comme les médicaments d'ordonnance et les soins à domicile

La LCS n'offre pas de protection pour certains services de santé qui occupent aujourd'hui une place très importante : les médicaments d'ordonnance, le matériel médical et les services de diagnostic hors des hôpitaux, les services ambulanciers, les soins dentaires et les soins à domicile. En accordant la primauté aux services hospitaliers « médicalement nécessaires » et aux services médicaux « médicalement requis », la Loi oriente les fonds publics vers ces services. L'impact systémique qui en résulte est que les services hospitaliers et médicaux bénéficient d'un taux élevé de financement public (91,1 p. 100 et un peu moins de 99, 0 p. 100, respectivement), tandis que les médicaments prescrits, par exemple, ne sont financés qu'au taux de 36 p. 100 (Institut canadien d'information sur la santé, 2001). Le Canada peut sembler offrir un modèle pour ce qui est de garantir l'accès équitable aux services médicaux et hospitaliers mais, parmi les pays développés de l'OCDE, il se retrouve en compagnie du Mexique, des États-Unis et de la Turquie parce qu'il ne parvient pas à assurer l'accès universel aux médicaments d'ordonnance (Jacobzone, 2000; Willison et coll., 2001).

Les principes de la LCS, élaborés dans les années 50 et 60, ont extrêmement bien servi les Canadiens au fil des décennies. Toutefois, les progrès de la technologie et l'évolution démographique ont mis en relief le manque de souplesse du système. De nos jours, il est moins nécessaire d'assurer la prestation des services de santé dans un cadre hospitalier mais il y a un besoin beaucoup plus grand de recourir aux médicaments d'ordonnance et aux soins à domicile, en dehors du cadre hospitalier; ces deux catégories de services ne sont pas systématiquement financées par l'État. La valeur fondamentale qui sous-tend le critère de l'intégralité est que les gens devraient avoir accès aux services dont ils ont besoin. La plupart des Canadiens conviendraient probablement qu'il est plus important que les gens atteints du diabète puissent avoir accès à de l'insuline que de subir un examen général annuel, mais la LCS ne reflète pas cette valeur actuellement parce qu'elle exige le financement public entier du second service (s'il est médicalement requis) mais non du premier. De plus, les personnes qui ont une police d'assurance privée pour les médicaments d'ordonnance ont une probabilité plus élevée (toutes choses égales par ailleurs) de recourir aux services de médecins, qui sont rémunérés par les fonds publics (Stabile, 2001).

Pour garantir l'intégralité du système de soins de santé au Canada, nous croyons qu'il est essentiel d'élaborer des normes nationales assurant la prestation des médicaments d'ordonnance et des soins à domicile. À notre avis, la façon la plus pratique de le faire serait de rédiger une législation semblable à la LCS qui serait mise en œuvre au moyen de transferts fédéraux conditionnels. Cette législation offrirait aux provinces une plus grande souplesse pour expérimenter différentes formules mixtes de financement public et privé (y compris l'imposition de frais aux usagers) en comparaison de la LCS. De même, la législation complémentaire (que nous pourrions appeler la « Loi canadienne sur l'assurance-médicaments et soins à domicile ») devrait renfermer des normes minimales d'accès, c'est-à-dire préciser un seuil de revenu sous lequel il serait inacceptable d'imposer des frais aux usagers. Nous développons notre raisonnement ci-dessous.

Outre la promulgation d'une législation correspondante qui renfermerait des normes nationales d'assurance pour les médicaments d'ordonnance et les soins à domicile, nous aimerions voir modifier la LCS afin qu'elle couvre tous les services de diagnostic médicalement nécessaires, comme l'imagerie par résonance magnétique (IRM) et le dépistage génétique qui, grâce aux progrès de la technologie, n'ont pas à être dispensés dans un cadre hospitalier ou sous la supervision d'un médecin. Manifestement, si un système à deux vitesses est apparu pour les services de diagnostic, les gens qui ont les moyens d'acheter ces services dans le secteur privé peuvent aussi avoir plus rapidement accès aux services hospitaliers et médicaux financés par les fonds publics qui requièrent préalablement ces tests de diagnostic.

e) Intégration du financement

Une partie du problème soulevé par le fait que les médicaments d'ordonnance et les soins à domicile ne sont pas défrayés entièrement par l'État est que cela fait intervenir différentes sources de financement pour les services de santé, ce qui entraîne des normes divergentes de prestation des soins et des possibilités de transfert des coûts (les décideurs du système public qui manquent de ressources peuvent ainsi tenter de transférer certains coûts à d'autres). Le financement et la prestation d'une gamme complète de biens et services de santé (services hospitaliers et médicaux, médicaments, services de diagnostic, soins à domicile et soins communautaires) doivent être intégrés aux budgets confiés aux organes décisionnels appropriés (régies régionales de la santé, hôpitaux et équipes de soins primaires). La LCS exige peut-être que la totalité des services hospitaliers « médicalement nécessaires » et des services médicaux « médicalement requis » soient défrayés par les pouvoirs publics, mais elle n'interdit pas aux gouvernements provinciaux d'intégrer ces dépenses à d'autres formules de financement public de programmes importants, par exemple les médicaments d'ordonnance ou les soins à domicile. Ainsi, les expériences d'intégration axées sur la régionalisation ne sauraient être complètes tant que le financement des services de médecins et des médicaments prescrits ne sera pas inclus dans les budgets régionaux (Lomas, 1999). À notre avis, la LCS pourrait aider à débloquer l'impasse qui sépare les médecins des régies régionales, qui sont les dépositaires des budgets des services médicaux. Cela pourrait se faire en obligeant les provinces à intégrer le financement des services de santé assurés par l'État (qu'ils soient ou non visés par la LCS) et à veiller à ce que ces ressources financières soient confiées au niveau décisionnel approprié.

Recommandations

1. Dans la LCS, on devrait obliger les provinces à mettre en place des processus transparents, démocratiques et responsables en vue de déterminer quels biens et services devraient être couverts par le régime d'assurance-maladie.

2. La LCS devrait stipuler que, de façon générale, les provinces sont tenues d'accorder la priorité au financement public des services dont l'efficacité est prouvée.

3. Une législation correspondant à la LCS devrait énoncer des normes nationales d'assurance publique pour les médicaments d'ordonnance et les soins à domicile. Il est impératif que cette loi d'accompagnement précise des normes d'accessibilité, c'est-à-dire qu'il soit interdit

d'imposer des frais aux usagers dont le revenu est inférieur à un seuil donné. Cette proposition est examinée plus en détail dans la seconde partie du document.

4. La LCS devrait être modifiée pour assurer la couverture de tous les services de diagnostic médicalement nécessaires, partout où ces services sont offerts.

5. Dans la LCS, on devrait obliger les provinces à intégrer *l'ensemble* du financement public des services de santé (qu'ils soient ou non couverts par la LCS) et à veiller à ce que ces ressources financières soient confiées au niveau décisionnel approprié.

5. Accessibilité, surfacturation et frais aux usagers

L'accessibilité est un élément fondamental de tout régime d'assurance parce que la protection offerte par le régime d'assurance est sans substance si l'on n'a pas accès aux services. L'article 12 oblige les provinces à garantir aux Canadiens un « accès raisonnable » aux services, à verser aux médecins une « rémunération raisonnable » pour les services « dispensés » et à rembourser aux hôpitaux « les coûts des services de santé assurés ». Outre l'article 12, les articles 18 et 19 garantissent l'accès aux soins de santé en fonction des besoins et non de la capacité contributive, en interdisant la surfacturation et l'imposition de frais aux usagers.

a) Les dispositions de la LCS entravent-elles les réformes novatrices en matière de soins de santé ?

Nous nous demandons d'abord si le critère de l'accessibilité et les interdictions visant la surfacturation et les frais aux usagers gênent les réformes novatrices en matière de soins de santé. La LCS empêche à juste titre l'expérimentation de formules de financement privé en interdisant les frais aux usagers et la surfacturation, mais elle *n'entrave ni n'encourage* les réformes ou l'innovation en matière de *prestation* des soins de santé. Nous croyons que la LCS devrait être modifiée afin d'encourager activement l'innovation et les réformes sur le plan de la prestation des soins fondées sur des données probantes.

L'une des critiques les plus fréquemment adressées au système canadien est qu'il dépend de médecins travaillant individuellement et rémunérés à l'acte. Les rapports se succèdent sur la nécessité d'entreprendre une « réforme des soins primaires » au terme de laquelle les médecins seraient tenus de travailler en équipe avec d'autres prestateurs de soins de santé comme les infirmiers et les infirmières, afin d'assurer le continuum des soins primaires[6]. Ces rapports recommandent également de changer la façon dont les médecins sont rémunérés afin de supprimer l'incitation financière que comporte le système actuel à mettre l'accent sur la quantité plutôt que sur la qualité des soins. Le libellé de l'article 12 – « rémunération raisonnable » pour les services « dispensés » par les médecins – suppose une assurance indemnisation (où tous les coûts engagés sont remboursés sans discussion) et où les médecins sont remboursés selon une formule de rémunération à l'acte. Cependant, il importe de noter que si la LCS *suppose* un certain modèle d'assurance et de paiement, elle n'impose pas un tel modèle. Ainsi, elle offre une certaine souplesse aux provinces qui voudraient recourir à des mécanismes de paiement différents. La LCS n'a certes pas empêché les provinces canadiennes de mettre à l'essai

différentes modalités de paiement pour les soins primaires au cours des années 90 (Hutchinson, Abelson et Lavis, 2001, p. 121). La lenteur des progrès en ce domaine n'est pas attribuable à la LCS mais à d'autres facteurs, par exemple l'absence de volonté politique, le manque d'obligation de rendre compte d'une régie et d'une gestion adéquates, et la résistance de certains au sein de la profession médicale.

Comme nous l'expliquons plus en détail ci-dessous, à la rubrique traitant de la surfacturation et des frais aux usagers, les dispositions les plus importantes de la LCS sont celles qui interdisent le financement privé des services médicaux et hospitaliers nécessaires. Cependant, il n'y a rien dans la LCS qui empêche une réforme au niveau de la *prestation* des services de santé.

b) « Accès raisonnable »

Comme dans le cas de l'expression « médicalement nécessaire », la LCS ne définit pas l'expression « accès raisonnable ». Il n'y a pas d'énoncé explicite de la signification d'« accès raisonnable », par exemple des lignes directrices sur les ratios patients/médecins ou la distance à franchir jusqu'au prochain hôpital. Ce qui est « raisonnable » dépend, bien sûr, de divers facteurs, y compris les ressources dont dispose la société, les valeurs sociétales, la nature des besoins de santé et l'évolution de la technologie. Puisque ces facteurs changent avec le temps, il serait futile de tenter d'élaborer une définition explicite de l'« accès raisonnable » dans la LCS. Comme dans le cas de l'intégralité, la façon de procéder dans le contexte de la LCS est d'obliger les provinces à rendre compte des processus qu'elles ont mis en place pour faire en sorte que tous les résidants de la province aient un accès raisonnable aux biens et services liés aux soins de santé.

c) Aucun engagement spécifique à l'égard d'un traitement « en temps opportun »

Il n'y a pas d'exigence explicite dans la LCS à l'effet que les Canadiens aient accès aux soins « en temps opportun », bien que l'on puisse déduire une telle exigence de l'expression « accès raisonnable ». La rapidité d'accès aux soins et les préoccupations exprimées au sujet des listes d'attente ont reçu une attention considérable dans les médias. L'allongement des délais impose de plus grands coûts privés aux patients canadiens en termes de journées de travail perdues, de perte de productivité et ainsi de suite. Puisque ces coûts ne sont pas assumés par l'État, il pourrait y avoir une incitation insuffisante à les contrôler dans le cadre du système actuel. Cela dit, en comparaison d'autres pays tels que le Royaume-Uni et la Nouvelle-Zélande (qui permettent la surfacturation et un système à deux vitesses), le Canada a un pourcentage sensiblement plus faible de sa population inscrite sur des listes d'attente (Tuohy, Flood et Stabile, 2001); en moyenne, les patients canadiens attendent beaucoup moins longtemps avant de recevoir un traitement. À titre d'exemple, une étude comparant les délais pour l'obtention d'un pontage coronarien entre la Nouvelle-Zélande et l'Ontario en 1994-1995 révèle que les délais moyen et médian en Nouvelle-Zélande (232 et 106 jours, respectivement) étaient sensiblement plus longs qu'au Canada (34 et 17 jours, respectivement) (Jackson, Doogue et Elliot, 1999). En outre, il est difficile de préciser la gravité réelle des problèmes liés aux listes d'attente et aux délais au Canada (O'Brien, 1998). Néanmoins, en dépit de leurs lacunes, les données actuelles indiquent que les délais vont en s'allongeant (Walker et Wilson, 2001). Ce qui est peut-être plus important, les Canadiens sont eux-mêmes convaincus qu'ils doivent attendre plus longtemps

avant de recevoir des soins – une enquête menée en 2001 a révélé que 52 p. 100 des Canadiens considéraient que les délais étaient soit légèrement soit sensiblement plus longs qu'ils ne l'étaient cinq ans auparavant (PriceWaterhouseCoopers, 2001). Les Canadiens sont habitués à recevoir un service rapide et efficient dans toutes les autres sphères d'activité; on peut donc penser qu'ils réclameront la même chose dans le secteur des soins de santé. Comme l'a écrit Michael Decter, dans chaque secteur d'activité, le désir des consommateurs d'être servis rapidement a provoqué une transformation, qu'il s'agisse de la restauration éclair ou du divertissement instantané (2000, p. 7). Si l'assurance-maladie ne répond pas aux préoccupations des Canadiens qui souhaitent recevoir rapidement un traitement, le soutien dont bénéficie le régime se détériorera et les pressions s'intensifieront en vue d'envisager des options de financement privé.

À notre avis, l'accessibilité ne signifie pas grand chose si nous n'avons pas accès aux soins en temps opportun. Le critère de l'accessibilité de la LCS devrait être élargi pour se lire à peu près comme suit : « accès raisonnable dans un délai raisonnable, compte tenu de la nature du besoin de santé ». Encore une fois, la signification de l'expression « délai raisonnable » ne peut et ne devrait pas être définie de façon trop rigide dans la LCS. Plutôt, la Loi devrait obliger les provinces à rendre compte des processus qu'elles ont mis en place pour leur permettre de déterminer ce qui est « raisonnable ».

d) Surfacturation et frais aux usagers

Outre le critère de l'« accessibilité » énoncé à l'article 12, le libellé des articles 18 et 19 de la LCS vise aussi à garantir l'accessibilité. Respectivement, ces dispositions exigent que les régimes provinciaux interdisent la « surfacturation » et les « frais aux usagers » pour être admissibles aux contributions fédérales. Les « frais aux usagers » sont les frais que les patients doivent débourser directement pour couvrir une partie du coût total de certains services de santé, par exemple lorsqu'on leur demande de débourser 10 dollars pour consulter un médecin. La « surfacturation » est une notion étroitement liée à celle des frais aux usagers; elle survient lorsqu'un médecin (ou un autre prestataire de soins de santé) accroît son revenu en facturant les patients ou la compagnie d'assurance privée du patient pour des services de santé assurés par le régime public *en plus* de recevoir un montant du gouvernement (Flood, 1999).

i. Surfacturation et système à deux vitesses

Les articles 18 et 19 de la LCS sont essentiellement ce qui distingue le Canada sur le plan de la répartition des soins de santé et ils traduisent un idéal communautaire (nous sommes tous solidaires) (Flood, 2000*a*, ch. 2). Dans bien des pays, les médecins et les hôpitaux sont libres de facturer les patients couverts par les régimes publics d'assurance en réclamant des montants en sus de ceux prévus dans le barème des honoraires du gouvernement. En outre, ils sont libres de fournir, dans un cadre entièrement privé, des services assurés par le régime public mais pour lesquels il peut y avoir de longues listes d'attente. Cette situation ouvre la porte à un système à deux vitesses où les médecins ont la possibilité de travailler dans le secteur public tout en augmentant leurs revenus en travaillant également dans le secteur financé par des fonds privés. Dans des pays tels que le Royaume-Uni et la Nouvelle-Zélande, certaines personnes acquièrent des polices d'assurance supplémentaires privées couvrant a) la surfacturation de services assurés

par le régime public et/ou b) l'achat sur le marché privé de services de santé disponibles dans le système public mais pour lesquels il y a une liste d'attente.

Au Canada, les provinces ont adopté divers modèles de réglementation qui visent tous à décourager fortement (sinon à interdire) un système privé qui donnerait lieu à un interfinancement en provenance du système public (Flood et Archibald, 2001). Dans toutes les provinces, les médecins peuvent choisir de ne pas participer au système public et de pratiquer uniquement dans le secteur privé – mais ils ne peuvent travailler simultanément dans les deux systèmes. Il s'ensuit que les marchés privés pour les soins de santé au Canada offrent uniquement des services qui ne reçoivent aucun financement public, par exemple la chirurgie esthétique et la fécondation in vitro. Contrairement au Royaume-Uni, à l'Australie ou à la Nouvelle-Zélande, les Canadiens n'ont pas le choix d'acheter dans le système privé un service tel qu'une opération à la hanche dans le but de contourner la liste d'attente du système public.

Le débat se poursuit au sujet de l'équité et de l'efficience de la surfacturation et de l'opportunité de permettre l'émergence au Canada d'un système à deux vitesses. Après avoir passé en revue les données internationales, Tuohy, Flood et Stabile sont récemment arrivés à la conclusion qu'un système à deux vitesses réduirait l'équité. Ils ne voient aucune preuve démontrant qu'un système privé parallèle atténuerait les pressions que subit le système public, par exemple en réduisant les listes d'attente (Tuohy, Flood et Stabile, 2001). De fait, les pays qui possèdent des systèmes à deux vitesses, comme le Royaume-Uni et la Nouvelle-Zélande, affichent des listes d'attente et des délais beaucoup plus longs qu'au Canada. En outre, rien n'indique qu'un accroissement du financement de source privée atténuerait les autres problèmes qui affligent les systèmes de soins de santé, au Canada ou ailleurs dans le monde.

ii. Frais aux usagers

Dans tout débat portant sur la validité des frais aux usagers, il est important d'établir l'objectif visé. Cet objectif consiste-t-il :

1. À freiner l'utilisation des services et à réduire globalement les dépenses consacrées aux soins de santé ?

2. À générer des fonds privés supplémentaires pour les soins de santé ?

Si l'on vise ce dernier objectif, l'expérience des États-Unis démontre amplement qu'un accroissement des sources privées de financement n'entraîne pas, en soi, un meilleur système, sous l'angle soit de l'équité soit de l'efficience.

L'imposition de frais aux usagers ne tient pas compte du fait que ce sont principalement les *médecins* qui conseillent les patients au sujet des soins qu'ils requièrent et que les patients se fient à leurs conseils. Si cette hypothèse s'avère de façon générale, il se pourrait que les frais aux usagers n'entraînent pas une utilisation plus judicieuse des services. Si, pour éviter de verser des frais, un patient tente de faire un auto-diagnostic, il pourrait arriver à la conclusion erronée que son état n'est pas grave et ne pas chercher à obtenir le traitement approprié, ce qui pourrait éventuellement provoquer une crise et entraîner des coûts plus élevés. En outre, si l'objectif est

de comprimer les dépenses en réduisant l'utilisation des services, l'imposition de frais aux usagers ne sera pas une mesure efficace lorsque les régimes d'assurance privés couvrent entièrement ces frais[7]. Enfin, les dépenses consacrées à la santé ne diminueront pas globalement si les médecins, dans un régime de rémunération à l'acte, réagissent à une baisse de la demande en dispensant plus de services aux patients qui peuvent se le permettre ou qui possèdent un régime d'assurance privé (Epp et coll., 2000; Rice et Morrison, 1994; Stoddart et coll., 1993; Flood, 1996, p. 1-3; Hutton, 1989; et Deber, 2000*a* et 2000*b*).

Dans l'optique de l'équité, les frais aux usagers soulèvent manifestement une préoccupation parce qu'ils vont à l'encontre du principe fondamental selon lequel l'accès aux services de santé requis devrait être dicté par les besoins et non par la capacité contributive. Un régime de frais aux usagers peut respecter ce principe uniquement si un généreux filet de sécurité est mis en place pour que les personnes à faible revenu ne soient pas dissuadées de chercher à obtenir les soins dont elles ont besoin; autrement, on serait préoccupé par les répercussions négatives d'un tel système sur la santé des personnes à faible revenu (Tamblyn et coll., 2001). Toute province qui voudrait imposer un système de frais aux usagers devrait assumer le lourd fardeau de démontrer que ces frais n'empêcheront pas les gens de recevoir les soins dont ils ont réellement besoin.

Recommandations

1. Le critère de l'accès énoncé dans la LCS devrait être modifié pour se lire ainsi : « accès raisonnable dans un délai raisonnable, compte tenu de la nature du besoin de santé ».

2. La LCS devrait obliger les provinces à rendre compte des processus qu'elles ont mis en place pour s'assurer que tous les résidants de la province ont un accès raisonnable aux biens et services liés aux soins de santé, dans un délai raisonnable.

3. Que l'on maintienne l'interdiction visant la surfacturation.

4. Que l'on maintienne l'interdiction visant les frais aux usagers.

III. Application de la LCS

1. Introduction

Le gouvernement fédéral peut faire respecter les conditions énoncées dans la LCS en retenant des fonds fédéraux destinés aux provinces. Il dispose de deux moyens pour ce faire. Premièrement, la voie discrétionnaire, qui s'applique aux cinq critères et qui prévoit que le gouvernement fédéral *peut* (mais n'est pas tenu de) déduire des sommes des paiements de transfert destinés aux provinces qui ne respectent pas les critères (*LCS*, 1985, art. 14-15). Si le gouvernement fédéral décide de déduire un montant, celui-ci équivaut à ce que « ... le gouverneur en conseil . . . estime indiqué, compte tenu de la gravité du manquement; » (*LCS*, 1985, al. 15(1)(a)). Deuxièmement, la voie obligatoire, qui correspond aux interdictions expresses visant la surfacturation et les frais aux usagers; ainsi, aux termes de l'article 20, il est stipulé que le ministre de la Santé *doit* déduire, dollar pour dollar, un montant correspondant aux sommes versées au titre de la surfacturation ou des frais aux usagers visant des services qui devraient être disponibles gratuitement.

Les efforts d'application ont été inégaux (Choudhry, 1996; 2000; Flood, 1999). La voie discrétionnaire n'a jamais été utilisée en dépit des observations faites par le vérificateur général en 1999 au sujet des nombreux cas de non-conformité aux cinq critères de la LCS (Canada, Bureau du vérificateur général, 1999, chap. 29, par. 29.45-29.50). À titre d'exemple, le Québec continue d'enfreindre l'exigence relative à la transférabilité parce qu'il refuse de rembourser les patients pour les soins reçus dans d'autres provinces au tarif qui serait normalement versé par l'autre province. Une autre étude, fondée sur le Hansard et sur des articles parus dans les médias, indique que de nombreuses infractions à la LCS n'ont pas suscité de réaction publique de la part du gouvernement fédéral (Choudhry, 2000). En dépit de cela, le gouvernement fédéral n'a pas exercé son droit d'imposer des pénalités financières.

Par contre, dans le contexte de la voie obligatoire, environ 245 millions de dollars ont été retenus sur les contributions en espèces destinées à sept provinces entre 1984 et 1987. Comme le prévoit la LCS, ces fonds ont été remis aux provinces une fois que les frais aux usagers ont été supprimés. De 1992 à 1995, une somme de 2 millions de dollars a été déduite des paiements de transfert destinés à une province qui a permis la surfacturation. Conformément à la politique fédérale sur les cliniques privées (Marleau, 1995), un montant d'environ 6 millions de dollars a été retenu depuis novembre 1995 sur les contributions destinées à quatre provinces où des patients se sont vus facturer des « frais d'établissement » pour des services médicalement nécessaires. L'une des provinces ne s'est toujours pas conformée et elle fait l'objet d'une pénalité totalisant 4 780 dollars par mois. Conformément au par. 20(6) de la Loi, le gouvernement fédéral pourrait retenir des sommes supplémentaires au-delà du montant représenté par les droits d'établissement; cependant, il n'a pas choisi de le faire jusqu'à maintenant (Canada, Bureau du vérificateur général, 1999, ch. 29, par. 29.45-29.50).

2. Pourquoi la LCS n'est-elle pas appliquée de façon plus rigoureuse ?

Pourquoi la LCS n'est-elle pas appliquée de façon plus rigoureuse ? Ainsi, pourquoi le gouvernement fédéral s'abstient-il de recourir à ses pouvoirs discrétionnaires pour imposer des peines financières plus lourdes dans les cas de surfacturation ou de frais aux usagers, lorsque les montants déduits, dollar pour dollar, n'incitent pas les provinces à abandonner plus rapidement ces pratiques ? En outre, pourquoi le gouvernement fédéral n'a-t-il *jamais* pénalisé financièrement une province qui ne se conforme pas aux cinq critères de la LCS ?

a) L'absence de retenues ne signifie pas nécessairement que la Loi n'est pas appliquée

Le fait que peu de montants ont été retenus ne signifie pas nécessairement que la LCS n'est pas appliquée par d'autres moyens. Le vérificateur général a noté que le gouvernement fédéral tentait de résoudre les questions de non-conformité par la négociation politique plutôt qu'en imposant aux provinces des sanctions financières. Au cours des cinq dernières années, six cas de non-conformité ont été résolus de cette manière. Cependant, le vérificateur général s'est dit préoccupé par le délai écoulé avant qu'un règlement ne survienne : dans quatre cas, le règlement a requis un délai variant entre 14 et 48 mois et, dans deux cas, l'infraction s'est prolongée sans pénalité sur une période allant jusqu'à cinq ans (Canada, Bureau du vérificateur général, 1999, chap. 29, par. 29.46). En somme, il y a ici un manque de transparence qui rend extrêmement difficile de tirer des conclusions définitives sur la portée des activités d'application fédérale.

b) Difficulté inhérente à l'application des critères

Bien que le gouvernement fédéral ait retenu des fonds dans les cas où les provinces ont permis la surfacturation ou l'imposition de frais aux usagers, il n'a jamais retenu de fonds en vertu de ses pouvoirs discrétionnaires pour un manquement à l'un des cinq critères. Cela est probablement dû en partie à la difficulté d'établir si ces critères ont été enfreints sur le fond. Ainsi, la conformité d'une province au critère de l'intégralité ou de l'accessibilité peut facilement donner lieu à un débat. Tel que noté, ces critères sont énoncés en termes généraux et leurs définitions sont circulaires – ainsi, l'intégralité signifie que tous les services assurés doivent être assurés. Cette définition pose la question de savoir ce que devrait être la couverture minimale. Nous pensons que la philosophie fondamentale de la LCS ne devrait pas être axée sur l'application obligatoire de critères en tant qu'objectifs, mais que l'on devrait plutôt demander aux gouvernements provinciaux de rendre compte des processus qu'ils ont mis en place pour atteindre ces objectifs.

c) Réductions des contributions fédérales dans les années 90

On considère généralement que la capacité du gouvernement fédéral de faire respecter les critères de la LCS a été sérieusement compromise par les compressions opérées dans les transferts fédéraux *en espèces* (Choudhry, 2000). Lors de la création de l'assurance-maladie, le

gouvernement fédéral défrayait 50 p. 100 de l'ensemble des coûts. Selon les ministres de la Santé des provinces et des territoires, la part fédérale des coûts de la santé assumés par les provinces s'établissait, en moyenne, à 10,2 p. 100 en 1998-1999, bien que les transferts fédéraux ponctuels versés en 1999-2000 et en 2000-2001 aient porté la part de la contribution fédérale en espèces à 13,8 p. 100 (Ministres de la Santé des provinces et des territoires, 2000, p. 19). Le gouvernement fédéral affirme que sa contribution est en réalité beaucoup plus élevée – elle atteindrait environ 30 p. 100 si l'on tenait compte des transferts de points d'impôt.

Mis à part le *niveau* de la contribution fédérale, une autre préoccupation importante des provinces a été de s'assurer de la *stabilité* du financement fédéral dans le cadre des régimes d'assurance provinciaux[8]. La diminution rapide des fonds fédéraux a indéniablement imposé de sérieuses difficultés au niveau du fonctionnement des régimes d'assurance des provinces durant la première moitié des années 90 parce que, bien entendu, les réductions au niveau du financement ne s'accompagnent pas d'une réduction des besoins en matière de soins de santé ou des attentes des patients et des prestateurs de soins.

L'agitation qui entoure la question du financement et les relations tendues et acrimonieuses qui en résultent entre le gouvernement fédéral et les provinces ne sont pas sans avoir un impact sur la volonté et la capacité du gouvernement fédéral d'imposer aux provinces sa vision de l'assurance-maladie. De plus en plus, des provinces soutiennent que le gouvernement fédéral a manqué de leadership sur les questions de santé et qu'en l'absence d'une contribution financière significative, il ne peut plus se considérer comme un acteur important dans l'élaboration des paramètres futurs de l'assurance-maladie au Canada. Cette situation est tout à fait insatisfaisante et il est impératif de rétablir une relation fonctionnelle entre le gouvernement fédéral et les provinces.

Un régime de gouvernance détaillé revêt une importance capitale si nous voulons relever plusieurs des défis auxquels est confronté le système de soins de santé au Canada. La situation actuelle est marquée par un climat de blâme, les transferts de coûts et des chicanes aussi stériles que puériles (Institut de recherche en politiques publiques, 2000). La gouvernance du système des soins de santé s'en trouve paralysée, alors que le gouvernement fédéral et les provinces jugent politiquement plus profitable de se jeter mutuellement le blâme pour les préoccupations que ressentent les Canadiens au sujet de l'assurance-maladie plutôt que de passer à l'action. On peut penser que le taux de roulement élevé des ministres de la Santé est un indice du degré d'insatisfaction et de difficulté associé au portefeuille de la santé. L'Institut canadien d'information sur la santé signale que, depuis 1990, on a dénombré 75 ministres de la Santé aux paliers fédéral, provincial et territorial au pays, avec un mandat médian variant entre 13 mois dans les Territoires du Nord-Ouest à 41,5 mois en Alberta (Institut canadien d'information sur la santé, 2001, p. 54).

Nous passons maintenant aux propositions portant sur de nouvelles méthodes de supervision institutionnelle qui pourraient contribuer à revitaliser les relations fédérales-provinciales.

IV. Supervision institutionnelle

1. Introduction

Le partage de la responsabilité institutionnelle de la supervision des normes nationales est au cœur du conflit fédéral-provincial sur l'avenir de l'assurance-maladie. Actuellement, cette responsabilité incombe exclusivement au gouvernement fédéral. L'avantage du régime actuel est que la responsabilité ultime pour l'application de la Loi appartient au cabinet fédéral, qui, en théorie, peut imposer une lourde sanction financière afin d'amener une province à prendre des mesures correctives. Le cabinet fédéral a aussi le pouvoir discrétionnaire d'adapter la sanction aux réalités politiques. Mais comme nous l'avons expliqué précédemment, le gouvernement fédéral ne s'est jamais servi de son pouvoir discrétionnaire pour retenir des fonds dans les cas où il y a eu manquement à l'égard de l'un des cinq critères.

Même si les pouvoirs d'exécution dont dispose le gouvernement fédéral demeurent pour l'essentiel inutilisés, les provinces s'opposent à ce que cette responsabilité soit confiée au gouvernement fédéral, pour diverses raisons :

- L'application unilatérale de la loi par le gouvernement fédéral ne convient pas à la nature quasi contractuelle des subventions conditionnelles.

- L'application des normes a eu un caractère sélectif, inégal et politique, et elle a entravé l'innovation en matière de réforme des soins de santé.

- Les provinces possèdent un avantage institutionnel comparatif sur le gouvernement fédéral pour ce qui est de « contextualiser » la définition des normes nationales en fonction des besoins et des moyens de chacune.

- L'application au niveau fédéral a perdu de sa légitimité depuis les compressions opérées dans les transferts au début des années 90, lesquelles ont rendu plus difficile pour les provinces de se conformer aux normes nationales.

Quelle que soit la validité de ces arguments, la plupart des observateurs conviendraient que la réduction unilatérale des transferts fédéraux en 1995 a épuisé la réserve de bonne volonté existant entre le gouvernement fédéral et les provinces, laquelle est essentielle pour garantir une gouvernance efficace du régime d'assurance-maladie. Pour sortir de l'impasse actuelle, il faudrait, selon nous : a) conceptualiser à nouveau les normes nationales et b) revoir la structure des institutions qui supervisent ces normes. Bref, nous proposons ce qui suit :

- en ce qui a trait aux critères de l'accessibilité et de l'intégralité, ainsi qu'au critère proposé de gouvernance publique et d'obligation de rendre compte, que l'on s'emploie à inciter les provinces à mettre en place des processus transparents et démocratiques pour l'élaboration des objectifs provinciaux correspondant à ces critères, plutôt que d'appliquer une norme commune à la grandeur du pays;

- que l'on crée une commission nationale de l'assurance-maladie, dont les membres seraient nommés par le gouvernement fédéral et les provinces et qui aurait pour mandat d'offrir à la fois un capital intellectuel et le soutien financier fédéral aux initiatives provinciales de restructuration de la prestation des soins de santé visant à mieux refléter les critères de la LCS;

- que l'on mette en place une procédure permanente et publiquement transparente pour le règlement des différends (y compris les plaintes des citoyens) portant sur l'interprétation des normes nationales énoncées dans la LCS (dans le contexte de l'Entente-cadre sur l'union sociale).

2. Processus provinciaux visant à définir l'accessibilité, l'intégralité et la gestion publique

La LCS prévoit un seul ensemble de normes nationales auxquelles doivent se conformer tous les régimes provinciaux d'assurance-santé, mais la réalité est bien différente au niveau des provinces. On observe des variations entre ces dernières quant à l'accessibilité des services et, dans une mesure moindre mais croissante, quant à la gamme des services couverts par le régime d'assurance-santé. En partie, ces variations interprovinciales traduisent le fait que les critères de l'intégralité et de l'accessibilité ont un caractère ouvert et n'ont pas été définis de façon explicite par le gouvernement fédéral ou les tribunaux. La décision de ne pas imposer un ensemble explicite de services ou de normes d'accessibilité dans la LCS traduit une réalité : les provinces possèdent de meilleurs renseignements sur les besoins liés aux soins de la santé et les moyens institutionnels propres à leur système, et ces besoins et moyens diffèrent d'une province à l'autre.

Cependant, ce raisonnement favorable à une délégation du pouvoir fédéral aux provinces oblige néanmoins ces dernières à composer avec les normes nationales d'intégralité et d'accessibilité. Le fait que les normes nationales peuvent être respectées de diverses façons (ou par différents régimes provinciaux d'assurance-santé) ne devrait pas priver ces normes de tout contenu. Plutôt, on devrait insister pour que les provinces mettent en place des processus démocratiques pour préciser les objectifs provinciaux correspondant à ces critères. Le gouvernement fédéral pourrait demander aux gouvernements provinciaux de rendre compte des *processus* qu'ils ont mis en place pour articuler et se conformer à ces cinq critères – en particulier les critères d'intégralité et d'accessibilité et le critère proposé de gouvernance publique et d'obligation de rendre compte – sur une base annuelle.

On devrait modifier la LCS pour obliger les gouvernements provinciaux à engager leurs citoyens dans les processus établis pour se conformer aux cinq critères. C'est la meilleure façon de garantir que ces critères seront considérés par les provinces et les citoyens canadiens comme justes et la meilleure façon de leur donner un contenu véritable. Ce genre d'engagement au niveau provincial pourrait susciter un débat public important dans chaque province sur ce que les citoyens peuvent raisonnablement attendre de leurs systèmes de soins de santé (Daniels, 2000). De cette façon, on se trouverait à concrétiser l'un des avantages démocratiques d'un système fédéral – le potentiel de participation effective des citoyens par la décentralisation de la prise de décisions.

Une nouvelle conceptualisation des normes nationales comme celle que nous proposons comporterait de nombreux avantages. Elle permettrait de déplacer l'accent des relations fédérales-provinciales, en délaissant les différends sur la conformité aux normes pour privilégier un partenariat entre gouvernements. On reconnaîtrait ainsi que l'application des cinq critères de la LCS peut donner des résultats différents dans différentes collectivités. Bien entendu, on pourrait y voir un désavantage si cela contribuait à accentuer les variations interprovinciales. Cela affaiblirait l'argument de la « citoyenneté » associé aux normes nationales. Cependant, comme nous l'avons déjà indiqué, cette variabilité pourrait aussi constituer un atout, parce que l'approche uniformisée qui convient aux objectifs que le système devrait tenter d'atteindre ne convient pas aux divers moyens qui s'offrent pour parvenir à ces objectifs.

3. Commission de l'assurance-maladie

Un second volet de la réforme de la structure des relations fédérales-provinciales dans le contexte du régime d'assurance-maladie a trait aux institutions qui le chapeautent (Choudhry, 2000). À l'heure actuelle, dans la mesure où nous pouvons parler d'un régime national d'assurance-maladie, celui-ci est régi exclusivement par le gouvernement fédéral ou les provinces. En conséquence, le régime d'assurance-maladie est devenu politisé et constitue aujourd'hui l'une des principales pommes de discorde fédérale-provinciale. Bien sûr, il serait à la fois impossible et non souhaitable, dans l'optique de l'obligation de rendre compte en démocratie, que des gouvernements élus se soustraient à leur responsabilité de gérer le régime d'assurance-maladie. Cependant, il existe un besoin réel de disposer d'un organisme national non partisan, non soumis aux aléas politiques de l'heure, et capable d'adopter une vision à plus long terme qu'il n'est possible de le faire pour un gouvernement élu. Cet organisme national devrait veiller à ce que les fonds fédéraux supplémentaires affectés aux soins de santé soient utilisés pour promouvoir la réforme conformément aux cinq critères de la LCS.

Nous proposons donc la création d'une commission de l'assurance-maladie. Il s'agirait d'un organisme spécialisé et indépendant, dont les membres seraient nommés par le gouvernement fédéral et les provinces et dont le financement serait assuré par le gouvernement fédéral. Nous traitons ci-après de la fonction, du financement et de la composition de cet organisme.

Fonction : Voici le rôle qui serait confié à la commission de l'assurance-maladie :

- Établir des indicateurs de performance spécifiques pour aider les provinces à atteindre les normes nationales énoncées dans la LCS. Ainsi, la commission pourrait publier des mesures de performance axées sur l'« accès raisonnable » qui seraient adaptées au contexte de traitement particulier (comme les services de spécialistes, les soins primaires, les services d'urgence, etc.).

- Publier (en collaboration avec l'Institut canadien d'information sur la santé) des rapports annuels sur la performance des régimes d'assurance-santé des provinces en regard de ces indicateurs et sur la mesure dans laquelle les provinces atteignent leurs objectifs déclarés.

- Repérer les programmes qui représentent les « pratiques exemplaires », en puisant dans la recherche et dans les expériences réalisées au Canada et à l'étranger. Si elles étaient adoptées, ces méthodes permettraient d'apporter des améliorations dans l'optique des indicateurs de rendement habituels (par exemple des normes de pratique exemplaire au niveau des soins primaires, et des modèles de pratique exemplaire pour la réforme des soins primaires).

- Fournir de l'aide financière aux provinces qui entreprennent la mise en œuvre de processus ou de programmes identifiés par la commission.

- Collaborer avec les provinces à la mise en place des processus leur permettant de se conformer aux critères de gouvernance publique et d'obligation de rendre compte en démocratie, d'accessibilité et d'intégralité (par exemple les processus qui permettent le mieux d'intégrer les données techniques et les valeurs publiques dans la détermination des services hospitaliers et médicaux qui seront financés par l'État).

Financement : La commission devrait disposer d'un financement stable et assuré. Il faudrait prévoir un pourcentage fixe pour le financement des soins de santé, l'inflation et l'évolution démographique, avec rajustement annuel. Ce financement serait distinct des transferts fédéraux au titre des soins de santé et proviendrait plutôt de nouvelles ressources fédérales qui intégreraient toutes les initiatives de paiement actuelles du gouvernement fédéral dans le domaine des soins primaires et d'autres domaines. **Pour garantir sa légitimité et sa crédibilité, il est essentiel que la commission dispose de fonds fédéraux importants.**

Composition et mandat : La commission devrait posséder une expertise et être indépendante, ce dernier attribut étant garanti par des mandats irrévocables et la sécurité financière de l'organisme. Pour que les gouvernements provinciaux reconnaissent la légitimité de la commission, ses membres devraient être nommés conjointement par le gouvernement fédéral et les provinces. Une formule possible serait que chaque province nomme un commissaire et que le gouvernement fédéral en nomme cinq, pour un total de quinze membres. Les commissaires serviraient à temps plein. Ils ne pourraient occuper un poste de fonctionnaire fédéral ou provincial, offrir des services de consultation indépendants, ou détenir un emploi dans le secteur privé. De plus, pour être efficace, la commission devrait être non partisane et, dans la mesure du possible, non politisée. Les commissaires choisiraient, dans leurs rangs, un commissaire en chef. Toutes les décisions seraient prises à la majorité des deux tiers, ce qui signifie que les commissaires fédéraux devraient obtenir l'appui d'une majorité de commissaires provinciaux sur toute décision. Un personnel de spécialistes constitué de chercheurs du secteur de la santé prêterait main forte à la commission. Enfin, la commission rendrait ses rapports publics, y compris ses observations sur la conformité des régimes de soins de santé provinciaux aux normes nationales.

4. Procédures de règlement des différends

Malheureusement, des différends continueront de surgir sur la mesure dans laquelle les provinces se conforment à la LCS, quoique, comme nous le pensons, avec une moins grande

fréquence et moins d'acrimonie si les réformes que nous proposons ici étaient mises en œuvre. Néanmoins, nous estimons qu'il importe de créer, dans le contexte de l'Entente-cadre sur l'union sociale (ACUS), une procédure de règlement des différends (Choudhry, 2000). La nécessité d'une telle procédure est apparue clairement lors du différend suscité par le Projet de loi 11 de l'Alberta, différend qui a éventuellement opposé des interprétations concurrentes de la LCS. Le besoin de disposer d'une procédure est devenu encore plus urgent devant le désir exprimé par certaines provinces de mener des expériences de partenariat public-privé et de retirer certains services de la liste de ceux qui sont actuellement assurés.

L'article 6 de l'ACUS établit un cadre général pour l'élaboration des procédures de règlement des différends. Dans ce cadre, les négociations devraient débuter par un effort conjoint de détermination des faits – tâche qui pourrait être confiée à un tiers – dont les résultats seraient rendus publics à la demande de l'une des parties. De plus, les négociations pourraient s'accompagner d'une médiation; encore une fois, les rapports de médiation seraient rendus publics sur requête de l'une des parties. En outre, aux termes de l'ACUS, les mécanismes de règlement des différends devraient respecter un ensemble de principes généraux. Ils devraient être « simples, rapides, efficients, efficaces et transparents », permettre le recours à des solutions non antagonistes, convenir aux secteurs où le différend a surgi et, enfin, prévoir l'intervention de tiers spécialistes.

Les ministres de la Santé du gouvernement fédéral et des provinces ont annoncé, le 24 avril 2001, la création d'un mécanisme de règlement des différends touchant à l'interprétation de la LCS. Les détails de ce projet n'ont pas encore été rendus publics. Un communiqué de presse du gouvernement de l'Alberta précise que si le gouvernement fédéral et un gouvernement provincial divergent dans leur interprétation de la LCS, l'une des parties peut soumettre le différend à un comité indépendant. Ce comité serait constitué d'un représentant nommé par le gouvernement fédéral, d'un représentant nommé par la province ou le territoire, et d'un président agréé par chaque gouvernement. Le comité aurait le pouvoir de formuler des avis et des recommandations non exécutoires. Pour garantir l'ouverture de la procédure, le rapport final du comité serait rendu public (Gouvernement de l'Alberta, communiqué de presse).

Cette initiative des gouvernements fédéral et provinciaux constitue un important progrès en vue de promouvoir une gouvernance efficace du régime d'assurance-maladie. Nous soulignons toutefois que cette proposition ne précise pas si les comités seraient ou non constitués de façon permanente ou *ponctuelle*. Nous croyons que la création d'un comité national permanent est, de loin, la meilleure façon d'acquérir une expertise et d'assurer une certaine uniformité d'interprétation de la LCS. Nous soutenons aussi que les citoyens devraient pouvoir invoquer cette procédure car le gouvernement fédéral et les provinces pourraient ne pas avoir l'incitation requise pour faire respecter la Loi[9]. Si une commission de l'assurance-maladie était créée, le régime de règlement des différends pourrait être lié aux travaux de la commission. À titre d'exemple, la commission pourrait produire des rapports de détermination des faits qui serviraient de base à la médiation ou à des négociations et être déposés en preuve lors des audiences. Enfin, notons que *tout* mécanisme de règlement des différends n'offrira qu'une protection illusoire si le gouvernement fédéral ne joue pas un rôle plus énergique en vue de faire respecter les critères de la LCS.

V. Élargir l'enveloppe des services assurés par l'État

1. Aperçu

Tel qu'indiqué précédemment, il est nécessaire de créer des programmes nationaux d'assurance pour les médicaments et les soins à domicile, assortis de normes nationales. Cependant, il n'est pas nécessaire que ces normes s'appuient sur les normes ou les critères que l'on retrouve actuellement dans la LCS. Ainsi, il pourrait être approprié d'imposer des frais aux personnes qui peuvent se permettre de payer pour certains aspects des soins à domicile, lesquels comblent le fossé entre les services médicaux et sociaux (par exemple les services d'entretien ménager). La perspective de l'imposition de frais aux usagers et du recours à la surfacturation pour ces services ne soulève pas des préoccupations de la même importance que dans le cas des services médicaux et hospitaliers qui sont médicalement requis. En outre, cela ne soulève pas le même niveau de préoccupation au sujet du détournement possible de ressources humaines (en particulier des médecins) au profit des patients disposés à verser un montant en sus de celui prévu par le régime public d'assurance-santé. Qui plus est, certaines provinces pourraient souhaiter adopter le modèle québécois des soins gérés dans le cadre d'un régime provincial d'assurance-médicaments couvrant tous les citoyens et réglementer les activités des assureurs privés plutôt que de nationaliser ce secteur. Aux yeux de certains, cela pourrait sembler contrevenir au critère de la gestion publique tel qu'il est présentement articulé. Ainsi, nous estimons qu'il serait approprié d'établir des normes nationales pour l'assurance-médicaments et les soins à domicile dans le cadre d'une loi distincte.

En vertu de notre proposition, le gouvernement fédéral disposerait de deux instruments de politique pour créer et mettre en œuvre des normes nationales pour les médicaments d'ordonnance et les soins à domicile :

1. une nouvelle législation axée sur un partage fédéral-provincial des coûts (la « Loi canadienne sur l'assurance-médicaments et les soins à domicile »);

2. des programmes créés et administrés au palier fédéral pour les médicaments d'ordonnance et les soins à domicile, en vertu du pouvoir d'État contractant que détient la Couronne fédérale.

2. Une législation fédérale-provinciale à coûts partagés

La solution la plus évidente serait d'élaborer une nouvelle législation à coûts partagés dans le cadre de laquelle le gouvernement fédéral verserait des transferts aux gouvernements provinciaux en échange de l'application par ces derniers de certaines normes nationales pour les programmes d'assurance des médicaments d'ordonnance et des soins à domicile. Étant donné que ces programmes seraient créés par une législation distincte, il ne serait pas nécessaire de modifier la LCS. Les modalités de financement de cette nouvelle législation à coûts partagés seraient identiques à celles que l'on trouve dans la LCS – un financement global – et pourraient être intégrées au nouveau « Transfert canadien en matière de santé » que nous avons proposé plus haut. Les normes nationales de gestion publique, d'intégralité, d'universalité, de transférabilité et d'accessibilité s'appliqueraient toujours, sous réserve des précisions

supplémentaires et des modifications examinées précédemment. Cependant, nous ne pensons pas que les interdictions explicites visant la surfacturation et les frais aux usagers devraient être intégrées à cette nouvelle loi, à tout le moins à court terme. La législation devrait néanmoins préciser des normes nationales minimales quant au seuil de revenu sous lequel il serait inacceptable d'imposer des frais aux usagers (en tenant compte des variations interprovinciales du coût de la vie). Idéalement, cette législation devrait aussi prévoir que, dans les cas où des soins ne peuvent être fournis à domicile ou dans la collectivité, le patient serait hospitalisé sans devoir verser de frais.

Cette option comporte certains inconvénients. Premièrement, elle imposerait au gouvernement fédéral un nouvel engagement en matière de financement. Deuxièmement, compte tenu de l'expérience entourant la mise en place du TCSPS, les provinces pourraient hésiter à lancer de nouveaux programmes publics sans un engagement de la part du gouvernement fédéral à fournir un soutien financier à long terme ou à augmenter les transferts fédéraux en espèces pour les programmes visés par la LCS. Même si le gouvernement fédéral était disposé à prendre de tels engagements, en l'absence d'un amendement constitutionnel, un gouvernement fédéral majoritaire pourrait toujours modifier le niveau de sa contribution financière. Cette option deviendrait beaucoup plus attrayante si elle était conjuguée aux propositions portant sur la création d'une commission de l'assurance-maladie et le mécanisme de règlement des différends. Ces institutions restreindraient le pouvoir fédéral (mais non pour ce qui est du niveau de financement) et pourraient être considérées comme une contrepartie à l'attribution de nouvelles responsabilités aux provinces.

3. Programmes fédéraux directs d'assurance pour les médicaments et les soins à domicile

Si le gouvernement fédéral possède les ressources mais que les provinces ne sont pas disposées à conclure de nouvelles ententes à coûts partagés pour assurer la prestation des médicaments d'ordonnance et des soins à domicile, une seconde option serait que le gouvernement fédéral crée et administre directement de tels programmes. Ainsi, les provinces pourraient être disposées à transférer la responsabilité budgétaire pour les médicaments d'ordonnance devant la proportion croissante des dépenses totales de santé consacrées aux médicaments (Institut canadien d'information sur la santé, 2001). Pour cette même raison, toutefois, le gouvernement fédéral pourrait hésiter à prendre en charge un tel programme qui nécessiterait un nouvel engagement financier important.

S'il s'avérait que des programmes administrés directement par le pouvoir fédéral étaient politiquement viables, la prochaine question concerne le choix des moyens juridiques par lesquels ces programmes pourraient être créés. Même si la Constitution est silencieuse sur la question de la compétence à l'égard de l'assurance sociale, les tribunaux ont établi que les régimes d'assurance administrés par les pouvoirs publics en vue de protéger les personnes contre le risque de maladie sortent du cadre de la compétence fédérale. Par conséquent, la réglementation fédérale directe de l'assurance-santé a été perçue comme étant inconstitutionnelle. Cette piste d'analyse semble interdire la création de programmes fédéraux d'assurance pour les médicaments d'ordonnance et les soins à domicile en l'absence d'un

amendement constitutionnel semblable à celui qui, en 1951, a permis de transférer des provinces au gouvernement fédéral la compétence à l'égard de l'assurance-emploi. Il est très peu probable que l'on puisse rouvrir la Constitution pour apporter un amendement de portée aussi limitée, compte tenu de la gamme des questions non résolues auxquelles fait déjà face la fédération et de l'avènement de l'ère de la « méga-politique constitutionnelle » lors de la Ronde Canada au début des années 90.

Cependant, on est en droit de s'interroger sur le raisonnement qui sous-tend cette affirmation. Il est possible de présenter de bons arguments constitutionnels pour soutenir que le Parlement a le droit de légiférer dans le domaine de l'assurance-santé en vertu de sa compétence en matière de paix, d'ordre et de bon gouvernement au Canada (Choudhry, 2002; voir *contra* Jackman, 1996, p. 6; 2000). Toutefois, dans le climat politique actuel, une attaque aussi directe sur les champs de compétence des provinces comporterait des coûts politiques énormes et la constitutionnalité d'une telle initiative serait vraisemblablement contestée devant les tribunaux.

Comme solution de rechange, le gouvernement fédéral pourrait recourir à son pouvoir d'État contractant (Choudhry, 2002). Ce pouvoir n'est pas mentionné explicitement dans la Constitution. Son origine remonte à une règle de *common law* voulant que la Couronne (y compris la Couronne fédérale) possède tous les pouvoirs et les privilèges d'un particulier. À l'instar d'un particulier, la Couronne peut conclure des contrats et, en vertu de ces contrats, acquérir des biens et en disposer, y compris de l'argent. La Couronne fédérale peut conclure des contrats avec des particuliers ou des institutions telles que des sociétés ou des hôpitaux. Ces contrats peuvent renfermer des conditions qui prévoient le versement par le gouvernement fédéral de montants à la partie contractante en échange de la conformité à certaines conditions. Dans l'exercice de ce pouvoir, la Couronne fédérale n'est pas limitée par les dispositions relatives au partage des compétences. Cela signifie qu'elle peut conclure des contrats dans des domaines qui sortent de la compétence fédérale. De plus, le Parlement a compétence pour légiférer à l'égard des contrats passés par la Couronne fédérale, par exemple ceux énonçant les conditions qui se rattachent à ces paiements.

Le pouvoir de conclure des contrats comporte des avantages considérables par rapport au pouvoir de dépenser (l'instrument principal de la politique de la Couronne fédérale en matière de soins de santé). La principale contrainte qui s'applique au pouvoir de dépenser est que les conditions ne sont *pas* légalement exécutables contre le bénéficiaire devant les tribunaux. Le seul recours de la Couronne fédérale en cas de non-conformité est de retenir des fonds. Au contraire, une fois conclus, les contrats lient les parties en droit et sont exécutoires devant les tribunaux. Cependant, les contrats partagent une limitation majeure avec les subventions conditionnelles – contrairement à une loi, les contrats ne peuvent imposer d'obligations juridiques sans le consentement des deux parties contractantes.

Même si la politique fédérale en matière de logement, concrétisée par la Société canadienne d'hypothèques et de logement, a recours à des contrats, ce n'est pas le cas de la politique fédérale en matière de santé, bien qu'il serait possible de le faire. La compétence du gouvernement fédéral en matière de contrats pourrait être utilisée de diverses façons. Nous esquissons ici, de façon rudimentaire, deux exemples portant sur les médicaments. Il faudrait évidemment que les détails de ces initiatives soient élaborés davantage que nous ne pouvons le faire ici.

Dans le premier cas, le gouvernement fédéral pourrait lui-même fournir de l'assurance-médicaments, d'une façon à peu près identique à celle d'un assureur privé. Une société privée qui offre de l'assurance-médicaments conclut des contrats en vue de réglementer ses relations avec diverses parties – les bénéficiaires (qui versent des primes en échange de la protection reçue) et les prestateurs tels que les pharmacies (qui acceptent de fournir des médicaments selon un barème d'honoraires et de facturer directement la compagnie d'assurances). Si elle souhaitait le faire, la Couronne fédérale pourrait conclure un ensemble de relations contractuelles semblable avec les bénéficiaires et les prestateurs. Si les modalités de couverture étaient suffisamment attrayantes, le régime fédéral d'assurance-médicaments pourrait coexister ou rivaliser avec les régimes privés et même remplacer ceux-ci sur le marché. Selon une variante de cette approche, la Couronne fédérale pourrait passer directement des contrats avec les sociétés pharmaceutiques au sujet du barème d'honoraires, en se servant de son pouvoir d'achat pour freiner l'augmentation des coûts.

Dans le second cas, le gouvernement fédéral pourrait faciliter non seulement l'accès aux médicaments d'ordonnance mais aussi assurer des pratiques efficaces et à moindre coût parmi les médecins en matière de prescription. La relation contractuelle fondamentale lierait la Couronne fédérale à des groupes de médecins offrant des soins primaires. Les contrats porteraient sur le versement d'un montant fixe par tête au groupe de médecins (rajusté selon la composition de la clientèle). En échange, le groupe de médecins accepterait de gérer ce budget et de défrayer le coût des médicaments à même celui-ci. Parce qu'il aurait la responsabilité des dépenses consacrées aux médicaments, le groupe de médecins serait incité à limiter les coûts afférents.

4. Conclusion

Les deux options qui se trouvent sur la table pour étendre la portée des programmes – une nouvelle législation à coûts partagés ou la création de programmes gérés par le gouvernement fédéral – comportent à la fois des avantages et des inconvénients du point de vue des relations fédérales-provinciales et de l'obligation de rendre compte en démocratie. À ce stade, nous recommanderions la première option – une nouvelle législation à coûts partagés, calquée sur le modèle de la LCS, mais en lui apportant des modifications en ce qui a trait à la surfacturation et aux frais aux usagers – dans le cadre de l'ensemble des propositions mises de l'avant dans le présent document. Il serait plus probable que les provinces acceptent cet ensemble de propositions s'il respectait les modalités de partage des coûts prévues dans la LCS et ne comportait pas la création de programmes administrés directement par le gouvernement fédéral.

VI. Sommaire des recommandations

Trois objectifs sous-tendent nos recommandations : premièrement, comment moderniser les critères de la LCS et en élargir la portée afin qu'elle traduise plus fidèlement les besoins de la société contemporaine; deuxièmement, comment donner une substance aux critères que renferme la Loi, lesquels sont actuellement énoncés en termes très généraux; enfin, comment revitaliser les relations fédérales-provinciales dans le secteur des soins de santé.

A. Modernisation des critères : En ce qui a trait aux cinq critères, nous recommandons ce qui suit :

Universalité : Le critère de l'universalité est un principe fondamental qui devrait être maintenu pour les services hospitaliers et médicaux et dont la portée devrait être étendue explicitement aux services de diagnostic. Par des lois distinctes, on devrait aussi assurer une couverture universelle des médicaments d'ordonnance et des soins à domicile. Le critère de l'universalité ne requiert pas de financement à même les recettes fiscales générales mais, plutôt, un financement progressif (c'est-à-dire fondé sur la capacité contributive). De nouveaux programmes nationaux pour les soins de santé à domicile et les médicaments d'ordonnance pourraient être financés, par exemple, à l'aide d'un régime obligatoire d'assurance sociale.

Transférabilité : La couverture des soins reçus hors du pays n'est pas essentielle dans le cadre du régime d'assurance-maladie. Le critère de la transférabilité devrait être modifié de manière à ce que les provinces ne soient pas en contravention de la LCS si elles ne remboursent pas les traitements reçus hors du pays.

Gestion publique : Le critère de la gestion publique devrait être reformulé pour devenir un critère de « gouvernance publique et d'obligation de rendre compte en démocratie » afin de souligner l'importance d'une bonne régie et de la reddition de compte qui incombe aux décideurs à tous les niveaux du régime d'assurance-maladie. Le gouvernement fédéral devrait surveiller l'expansion de la prestation de soins de santé par des entreprises à but lucratif, mais en reconnaissant que la LCS n'empêche par leur participation, *pourvu que ces services soient entièrement financés par des fonds publics*.

Intégralité : La LCS devrait obliger les provinces à mettre en place des *processus* transparents et démocratiques pour déterminer, périodiquement, quels biens et services devraient ou non être financés par les deniers publics. Elle devrait aussi obliger les provinces à accorder la priorité, dans l'optique du financement public, aux services dont l'efficacité est démontrée. De même, la portée des services protégés par la LCS devrait être élargie pour inclure tous les services de diagnostic médicalement nécessaires (par exemple les MRI). On devrait aussi songer à obliger les provinces à intégrer le financement de *tous* les services de santé financés par des fonds publics (protégés ou non en vertu de la LCS) et à en confier la responsabilité au niveau décisionnel approprié.

Accessibilité : Si le régime d'assurance-maladie ne répond pas aux préoccupations des Canadiens en ce qui a trait à l'obtention d'un traitement en temps opportun, le soutien dont il bénéficie se détériorera et les pressions en faveur des options de financement privé s'accroîtront.

Le critère de l'accessibilité énoncé dans la LCS devrait être modifié pour devenir le critère de l'« accès raisonnable dans un délai raisonnable, compte tenu de la nature du besoin de santé », afin d'y intégrer une garantie d'accès sans délai indu. La LCS devrait obliger les provinces à rendre compte des processus qu'elles ont mis en place pour faire en sorte que tous les résidants de la province aient un accès raisonnable aux biens et services liés aux soins de santé, dans un délai raisonnable.

B. Surfacturation et frais aux usagers : Afin de prévenir l'émergence d'un système de soins de santé à deux vitesses et les pratiques de contournement des listes d'attente, il faudrait maintenir l'interdiction qui vise actuellement la surfacturation. La surfacturation permettrait aux Canadiens les mieux nantis de contourner les listes d'attente. Il n'existe aucune preuve, dans quelque pays, démontrant que la surfacturation contribue à abréger les listes d'attente dans les hôpitaux publics. Bien au contraire, certains pays tels que la Nouvelle-Zélande et le Royaume-Uni où l'on permet la surfacturation et les manœuvres opportunistes ont des listes et des temps d'attente plus longs dans les hôpitaux publics. Les données montrent que l'imposition de frais aux usagers pour les services hospitaliers et médicaux pourrait décourager le recours à certains soins – nécessaires et non nécessaires. Ainsi, l'interdiction frappant les frais aux usagers devrait demeurer en place à moins qu'une province ne puisse établir qu'un régime proposé de frais aux usagers ne découragera pas les citoyens d'obtenir les soins dont ils ont besoin, mais uniquement les soins superflus.

À juste titre, la LCS interdit l'expérimentation de formules de financement privé en interdisant le recours à des frais aux usagers et à la surfacturation, *mais elle ne fait rien pour gêner ou encourager* les réformes ou les innovations au niveau de la *prestation* des soins de santé. Nous pensons que la LCS devrait être remaniée afin d'encourager activement l'innovation et une réforme de la prestation des soins de santé fondée sur des données probantes.

C. Processus visant à donner un contenu aux critères énoncés dans la Loi : Présentement, les cinq critères de la LCS sont des énoncés de valeurs que les Canadiens souhaitent voir refléter dans les régimes d'assurance provinciaux partout au pays. Cependant, il n'y a pas de définition explicite d'expressions aussi fondamentales que « médicalement nécessaire » et « accès raisonnable ». Cela est compréhensible, puisque les exigences de ce genre peuvent varier dans le temps et d'une province à l'autre. Afin de donner un contenu réel aux valeurs articulées dans la LCS, celle-ci devrait obliger les provinces à faire état, sur une base annuelle, des *processus* qu'elles ont mis en place en vue de définir ces critères et de s'y conformer. Nous croyons qu'une telle approche déplacerait l'accent des relations fédérales-provinciales, des différends portant sur d'application de la loi et d'un climat d'acrimonie généralisé, vers un partenariat entre le gouvernement fédéral et les provinces. En évoluant vers un système qui accorde la priorité à l'obligation de rendre compte des processus, nous reconnaissons qu'un modèle unifié est approprié pour les *valeurs* préconisées par le système, mais non pour les divers *moyens* de concrétiser ces valeurs.

D. Refonte des relations fédérales-provinciales dans le domaine des soins de santé : Les relations fédérales-provinciales dans le domaine des soins de santé ont désespérément besoin d'être revitalisées. À cette fin, le régime d'assurance-maladie requiert la création de deux ensembles d'institutions fédérales-provinciales conjointes pour en assurer la régie.

Premièrement, nous proposons l'établissement d'une commission de l'assurance-maladie non partisane, constituée d'experts nommés conjointement, qui collaborerait avec les provinces en vue d'établir des processus permettant de mieux satisfaire aux critères de l'intégralité, de l'accessibilité, de la gouvernance publique et de l'obligation de rendre compte. La commission récompenserait les provinces qui atteignent certains indicateurs de rendement objectifs ou qui mettent en œuvre des réformes jugées utiles par la commission. Afin de susciter une évolution réelle du système, la commission serait dotée par le gouvernement fédéral d'un budget important, en sus des paiements de transfert actuels. Deuxièmement, nous proposons la création d'une procédure permanente, aux termes de l'Entente-cadre sur l'union sociale, pour régler les différends portant sur l'interprétation de la LCS. Ces différends seraient entendus par des comités de spécialistes. En outre, la procédure pourrait être invoquée directement par les citoyens, en plus de servir à entendre les plaintes déposées par des gouvernements.

E. Programmes nationaux pour les médicaments d'ordonnance et les soins à domicile : Une législation distincte est requise afin de définir des normes nationales d'assurance pour les médicaments d'ordonnance et les soins à domicile. Cette législation prendrait vraisemblablement la forme d'une nouvelle loi à coûts partagés, semblable à la LCS, mais renfermant des normes nationales d'accès, plutôt qu'une interdiction catégorique des frais aux usagers. Nous croyons qu'il pourrait être approprié d'imposer certains frais aux usagers dans le cadre d'un régime national d'assurance des soins à domicile parce que ces soins font le pont entre le secteur des soins médicaux et celui des services sociaux (par exemple les services d'aide ménagère) et qu'ils pourraient se prêter à l'imposition de frais aux usagers. Dans le cas des médicaments d'ordonnance, il est essentiel que les Canadiens ne soient pas dissuadés d'obtenir les médicaments d'ordonnance dont ils ont besoin par l'imposition de frais. Par contre, il semblerait acceptable d'exiger des frais pour l'obtention d'un médicament de marque plutôt que d'un médicament générique.

VII. Conclusion

La *Loi canadienne sur la santé* a extrêmement bien servi les Canadiens depuis 1984. Cependant, afin de continuer à profiter des valeurs qui sous-tendent cette Loi, certaines modifications s'imposent. Plutôt que d'envisager la LCS comme un document quasi constitutionnel qui ne devrait être modifié qu'avec beaucoup de circonspection, la législation devrait être perçue comme un moyen de mettre en œuvre la politique publique en matière de soins de santé qui, de temps à autre, doit être adaptée à l'évolution des circonstances. En d'autres termes, la Loi est un moyen et non une fin en soi. À ce stade critique, il serait périlleux de l'envisager de quelque autre façon parce que cela ferait de la LCS un obstacle aux changements qui s'imposent dans la structure et la régie de l'assurance-maladie, plutôt qu'un catalyseur de ces changements. À la base des réformes particulières que nous proposons et en vue de les unifier, nous lançons un appel en faveur d'une transformation radicale de l'état d'esprit qui anime le cadre juridique et réglementaire du régime d'assurance-maladie. Pour que ce régime survive au XXI^{e} siècle, il doit être à la fois efficace et légitime, et ces deux aspects passent par la souplesse et l'adaptabilité. Les Canadiens n'en méritent pas moins.

Notes

1 L.R.C., 1985, ch. C-6 [ci-après la « *LCS* »].

2 Les « services complémentaires de santé » sont définis comme les soins intermédiaires en maison de repos, les soins en résidence pour adultes, les soins à domicile et les services liés aux soins ambulatoires. Afin d'obtenir une contribution financière du gouvernement fédéral pour les services complémentaires de santé, les provinces doivent se conformer uniquement à l'article 13. Cet article oblige les provinces à fournir des renseignements au gouvernement fédéral et à reconnaître officiellement les contributions de ce dernier dans le matériel promotionnel et les documents publics.

3 Ainsi, le gouvernement australien a conclu des ententes de réciprocité avec huit pays : le Royaume-Uni, la Nouvelle-Zélande, la Finlande, l'Italie, l'Irlande, Malte, les Pays-Bas et la Suède. Dans ces pays, les Australiens sont assurés de recevoir les traitements médicaux urgents dont ils ont besoin. Voir http://www.hic.gov.au/yourhealth/services_for_travellers/tofa.htm.

4 Nous sommes reconnaissants envers Carolyn Tuohy qui a soulevé ce point.

5 Tout processus visant à déterminer quels services inclure est de nature complexe et doit intégrer les valeurs sociétales associées à différents types d'états de santé, des données techniques sur l'efficacité de différents moyens d'atteindre ces états, et des données économiques sur leur coût, dans le contexte de la valeur qu'attribue notre société à l'obtention de différents résultats en matière de santé et à la satisfaction de différents besoins.

6 En 2000, des comités constitués par les autorités provinciales au Québec (Commission Clair) et en Saskatchewan (Commission Fyke) ont déposé leur rapport; dans les deux cas, on a préconisé une réforme des soins primaires – voir Québec, ministère de la Santé, Commission d'étude sur les services de santé et les services sociaux, *Les solutions émergentes: rapport et recommandations* (Québec, Commission d'étude sur les services de santé et les services sociaux, 2001), http://www.cessss.gouv.qc.ca/pdf/fr/01-109-01a.pdf; Saskatchewan, Department of Health, Commission on Medicare, *Caring for Medicare: Sustaining a Quality System* (Regina, Commission on Medicare, 2001), http://www.legassembly.sk.ca/hcc. En 2001, un comité créé par le gouvernement de l'Alberta (Commission Mazankowski) a réclamé toute une série de réformes controversées; parmi celles-ci, on retrouve également une recommandation axée sur la réforme des soins primaires – voir : http://www.premiersadvisory.com.

7 Ainsi, toute province qui imposerait des frais aux usagers devrait interdire la couverture de ces frais par les régimes d'assurance privés si l'objectif est vraiment de contrôler les coûts et l'utilisation globale des services de santé. C'est ce que fait l'Australie pour les services dispensés par les médecins.

8 Plusieurs initiatives ont visé à combler ce besoin de certitude au sujet de la contribution financière fédérale. En 1996, suite aux recommandations du Forum national sur la santé, le gouvernement fédéral a modifié à nouveau la *Loi sur les arrangements fiscaux entre le gouvernement fédéral et les provinces* afin d'établir une plancher de 11 milliards de dollars par année pour la fraction en espèces du TCSPS; en 1997-1998, ce plancher a été relevé à 12,5 milliards de dollars.

9 Pour prévenir les plaintes frivoles et vexatoires et garantir que les questions inédites seront soumises à un comité, un organisme de présélection, doté d'un secrétariat permanent, serait requis pour faire l'examen des plaintes déposées. Il importe aussi de s'assurer que ce processus ne sera pas pris en

otage par les prestateurs de soins de santé et ne soit utilisé comme moyen de résoudre des différends portant sur la rémunération et les conditions de travail.

Bibliographie

Lois

Canada, Ministère de la Santé nationale et du Bien-être social. *Loi canadienne sur la santé*, L.R.C., 1985, ch. C-6.

Livres et chapitres de livres

Canada, Bureau du vérificateur général. « L'appui fédéral à la prestation des soins de santé », dans *Rapport du vérificateur général du Canada à la Chambre des communes*, Ottawa, Bureau du vérificateur général, 1999, p. 29-1 à 29-33.

Canada, Commission royale sur les nouvelles techniques de reproduction. *Un virage à prendre en douceur : Rapport final de la Commission royale sur les nouvelles techniques de reproduction*, Ottawa, Ministre des Services gouvernementaux Canada, 1993.

Canada, Forum national sur la santé. « Création d'une culture de prise de décisions fondées sur des données probantes », dans *La santé au Canada : un héritage à faire fructifier, volume II, Rapports de synthèse et documents de référence*, Sainte-Foy, Québec, Éditions MultiMondes, 1997.

Daniels, Norman. « Accountability for Reasonableness in Private and Public Health Insurance », dans *The Global Challenge of Health Care Rationing*, publié sous la direction d'Angela Coulter et Chris Ham, Philadelphie, Open University Press, 2000, p. 89-106.

Decter, Michael B. *Four Strong Winds: Understanding the Growing Challenges to Health Care*, Toronto, Stoddart, 2000.

Flood, Colleen M. *International Health Care Reform: A Legal, Economic and Political Analysis*, Londres, Routledge, 2000*a*.

____. « The Structure and Dynamics of the Canadian Health Care System », dans *Canadian Health Law and Policy*, publié sous la direction de Jocelyn Downie et Timothy Caulfield, Toronto, Butterworths, 1999, p. 5-50.

Hirschman, Albert O. *Exit, Voice, and Loyalty – Responses to Decline in Firms, Organizations, and States*, Cambridge (Mass.), Harvard University Press, 1970.

Institut de recherche en politiques publiques, *Groupe de travail de l'IRPP sur les politiques de santé – Recommandations aux premiers ministres*, Montréal, IRPP, 2000.

Lomas, Jonathan. « The Evolution of Devolution: What Does the Community Want », dans *Health Reform: Public Success, Private Failure*, publié sous la direction de D. Drache et T. Sullivan, Londres, Routledge, 1999, p. 169-185.

OCDE. *Éco-santé OCDE 2000 : analyse comparative de 29 pays*, Paris, Organisation de coopération et de développement économiques, 2001.

PriceWaterhouseCoopers. *HealthInsider, Survey Number Five*, Toronto, PriceWaterhouseCoopers, printemps/été 2001.

Roos, Noralou P. et Leslie L. Roos. « Small Area Variations, Practice Style, and Quality of Care », dans *Why Are Some People Healthy and Others Not?*, publié sous la direction de Robert G. Evans, Morris L. Barer et Theodore R. Marmor, New York, De Gruyter, 1994, p. 231-246.

Stoddart, Greg L. et coll. *Why Not User Charges? The Real Issues – A Discussion Paper*, Ontario, Conseil du premier ministre sur la santé, le bien-être et la justice sociale, 1993.

Tuohy, Carolyn H. *Accidental Logics: The Dynamics of Change in the Health Care Arena in Britain, the United States and Canada*, New York, Oxford University Press, 1999.

Articles de périodiques/manuscrits

Caulfield, Timothy A. « Wishful Thinking: Defining "Medically Necessary" in Canada », *Health Law Journal*, vol. 4 (1996) : 63-87.

Choudhry, Sujit. « Recasting Social Canada: A Reconsideration of Federal Jurisdiction over Social Policy, *University of Toronto Law Journal*, vol. 52 (2002) : 163-252.

_____. « Bill 11, the *Canada Health Act* and the Social Union: The Need for Institutions », *Osgoode Hall Law Journal*, vol. 38 (2000) : 39-97.

_____. « The Enforcement of the *Canada Health Act* », *McGill Law Journal*, vol. 41 (1996) : 461-508.

Deber, Raisa B. « Thoughts before Rethinking: Some Thoughts about Babies and Bathwater », *HealthcarePapers*, vol. 1, n° 3 (2000*a*) : 25-31.

_____. « Getting what we pay for: Myths and realities about financing Canada's health care system », *Health Law in Canada*, vol. 21, n° 2 (2000*b*) : 9-56.

Devereaux, P. J. et al. « A systematic review and meta-analysis of studies comparing mortality rates of private for-profit and private not-for-profit hospitals », *Canadian Medical Association Journal*, vol. 166, n° 11 (2002) : 1399.

Epp, Michael J. et coll. « The Impact of Direct and Extra-Billing for Medical Services: Evidence from a Natural Experiment in British Columbia », *Social Science and Medicine*, vol. 51 (2000) : 691-702.

Epps, Tracey et Colleen M. Flood. « The Implications of the NAFTA for Canada's Health Care System: Have We Traded Away the Opportunity for Innovative Health Care Reform?, *McGill Law Journal*, 2002 (à paraître).

Flood, Colleen M. « Accountability, Flexibility and Integration: How to Fix Medicare », *Options politiques*, vol. 21, n° 4 (2000*b*) : 17-19.

_____. « Will Supplementary Private Insurance Reduce Waiting Lists?, *Canadian Health Facilities Law Guide*, vol. 11 (1996) : 1-3.

Flood, Colleen M. et Tom Archibald. « The Illegality of Private Health Care in Canada », *Journal de l'Association médicale canadienne*, vol. 164, n° 6 (2001) : 825-830.

Flood, Colleen M., Mark Stabile et Carolyn H. Tuohy. « The Borders of Solidarity: How Countries Determine the Public/Private Mix in Spending and the Impact on Health Care », *Health Matrix*, vol. 12, n° 2, été 2002 (à paraître).

Hutchinson, Brian, Julia Abelson et John Lavis. « Primary Care in Canada: So Much Innovation, So Little Change », *Health Affairs*, vol. 20, n° 3 (2001) : 116-145.

Hutton, Susan M. « Physicians' Freedom of Contract in Ontario: An Economic Justification for the Ban on Extra-Billing with Some Recommendations for Structural Change », *University of Toronto Faculty of Law Review*, vol. 47 (1989) : 780-824.

Jackman, Martha. « Constitutional Jurisdiction Over Health in Canada », *Health Law Journal*, vol. 8 (2000) : 95-120.

____. « The Constitutional Basis for Federal Regulation of Health », *Health Law Review*, vol. 5 n° 2 (1996) : 3-10.

Jackson, N. W., M. P. Doogue et J. M. Elliot. « Priority Points and Cardiac Events While Waiting for Coronary Artery Bypass Surgery », *Heart*, vol. 81 (1999) : 367-373.

Jacobs, Lawrence, Theodore Marmor et Jonathan Oberlander. « The Oregon Health Plan and the Political Paradox of Rationing: What Advocates and Critics Have Claimed and What Oregon Did », *Journal of Health Politics, Policy and Law*, vol. 26, n° 1 (1999) : 161-180.

Jacobzone, S. « Pharmaceutical Policies in OECD Countries: Reconciling Social and Industrial Goals », *Labour Market and Social Policy*, 2000, p. 1-62, Document hors série n° 40.

Naylor, C. David. « Health Care in Canada: Incrementalism Under Fiscal Duress », *Health Affairs*, vol. 18, n° 3 (1999) : 9-26.

O'Brien, Bernard J., « Parallel Public/Private Finance and Waiting Lists ». Exposé présenté à la 11e Conférence annuelle sur la politique de santé, intitulée Shifting Involvements: Private and Public Roles in Canada Health Care, organisée par le Centre for Health Economics and Policy Analysis, Université McMaster, Faculté des sciences de la santé, Hamilton (Ont.), 28-29 mai 1998 [non publié].

Rice, Thomas et Kathleen R. Morrison. « Patient Cost Sharing for Medical Services: A Review of the Literature and Implications for Health Care Reform », *Medical Care Review*, vol. 51, n° 3 (1994) : 235-287.

Stabile, Mark. « Private Insurance Subsidies and Public Health Care Markets: Evidence from Canada », *Revue canadienne d'économique*, vol. 34, n° 4 (2001) : 921-942.

Tamblyn, Robyn et coll. « Adverse Events Associated with Prescription Drug Cost-Sharing Among Poor and Elderly Persons », *Journal of the American Medical Association*, vol. 285, n° 4 (2001) : 421-429.

Willison, Don et coll. « International Experience with Pharmaceutical Policy: Common Challenges and Lessons for Canada », projet NA 236, Fonds pour l'adaptation des services de santé, avril 2001 (copie conservée en dossier par les auteurs).

Articles de journaux

Coutts, Jane. « Too Many Hysterectomies Performed in Ontario Report Says », *The Globe and Mail*, 26 février 1998, p. A4.

Laghi, Brian et Rod Mickleburgh. « Premiers Threaten to Act Alone on Health », *The Globe and Mail*, 25 janvier 2002, p. A1.

Sources sur le Web

Evans, Robert G. et coll. « Private Highway, One-Way Street: The Deklein and Fall of Canadian Medicare », mars 2000. <http://www.chspr.ubc.ca/hpru/pdf/2000-3d.PDF>

Gouvernement de l'Alberta, communiqué de presse, « Provinces Accept Federal Proposal on Disputes Resolution Mechanism », 24 avril 2002. <http://www.gov.ab.ca/acn/200204/12223.html>

Institut canadien d'information sur la santé. « Les soins de santé au Canada, 2001 », 2001. <http://ecomm.cihi.ca/ec/product.asp?dept%SFid=38&sku=01HCRF+%28PDF%29>

____. « Tendances des dépenses nationales de santé, 1975-2000, Rapport », 11 décembre 2000. <http://secure.cihi.ca/cihiweb/dispPage.jsp?cw_page=AR_31_F> (21 octobre 2001)

Klein, Ralph. *Premier's Advisory Council on Health for Alberta*, 2001 <http://www.premiersadvisory.com>

Ministres provinciaux et territoriaux de la Santé. « Comprendre les coûts du système de santé du Canada : Rapport final », août 2000. <http://www.scics.gc.ca/pdf/850080012f.pdf>

Reed, Marie C., et Ha T. Tu. « Triple Jeopardy: Low Income, Chronically Ill and Uninsured in America », février 2002. <http://www.hschange.org/CONTENT/411/>

Tuohy, Carolyn H., Colleen M. Flood et Mark Stabile. « How Does Private Finance Affect Health Care Systems: Marshalling the Evidence from OECD Nations », 1er juin 2001. <http://www.law.utoronto.ca/healthlaw/index.htm>

Walker, Michael, et Greg Wilson. « Waiting Your Turn: Hospital Waiting Lists in Canada », septembre 2001. <http://www.fraserinstitute.ca/shared/readmore.asp?sNav=pb&id=206>

Autre

Marleau, Diane, ministre fédéral de la Santé. Lettre à tous les ministres de la Santé des provinces et territoires, 6 janvier 1995 (copie conservée en dossier par les auteurs).